



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences
sociales et politiques

Session de juin 2015

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
Master en Psychologie de l'enfant et de l'adolescent

La clinique du vide dans les troubles de conduites alimentaires atypiques à l'adolescence

Mémoire présenté par : Bertetti Lucilla

Directeur : Roman Pascal

Experte : Vust Sophie

TABLE DES MATIÈRES:

INTRODUCTION		p. 4
CHAPITRE 1	LES PLAIES SOCIALES DE NOTRE ÉPOQUE	p. 8
CHAPITRE 2	LES TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES : ENTRE DÉSIR ET LIMITE	p. 14
2.1.	Les troubles de conduites alimentaires typiques	P. 15
2.1.1.	L'anorexie mentale	p. 16
2.1.2.	La boulimie	p. 22
2.1.3.	Anorexie et boulimie: deux côtés d'une même médaille	p. 27
2.2.	Les troubles de conduites alimentaires atypiques	p. 29
2.2.1.	Les TCA atypiques « restrictifs »	p. 32
2.2.2.	Les TCA atypiques « hyperphagiques »	p. 34
CHAPITRE 3	LA SPÉCIFICITÉ DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS AVEC UN TROUBLE ALIMENTAIRE ATYPIQUE	p. 39
3.1.	Les circonstances typiques du commencement des conduites alimentaires atypiques	p. 39
3.2.	Le rôle de la société, de l'Autre et des parents dans la naissance des troubles alimentaires atypiques à l'adolescence	p. 44
3.3.	La clinique du vide chez les adolescents souffrants de troubles alimentaires atypiques	p. 52
3.4.	La diversité des stades, des défenses, des relations objectales et des structures dans les troubles alimentaires atypiques	p. 55
3.5.	Le pronostic des troubles alimentaires atypiques et les thérapies	p. 62
CHAPITRE 4	DISCUSSION	p. 69
4.1.	Le trouble alimentaire atypique comme réponse au contexte socioculturel	p. 70
4.2.	Le trouble alimentaire atypique comme pathologie de la relation et de l'amour	p. 71
CONCLUSION		p. 76
BIBLIOGRAPHIE ET FILMOGRAPHIE		p. 78
ANNEXES	CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES	
	Annexe 1 : Le DSM-IV-TR	p. 85
	Annexe 2 : La CIM-10	p. 88

« Il y en a qui comptent l'argent. Moi je compte les calories. Certains alignent les pièces de monnaie, j'aligne la valeur énergétique des aliments qui me pénètrent, tâche plus vitale encore que celle de les avaler. Je dis pénétrer, on pense sexe. Je réponds oui, c'est ça. Avez-vous déjà eu l'impression qu'on vous viole ? L'avez-vous vécue ? J'ai l'impression que la nourriture va me manger toute crue. Et, au lieu de la laisser couler en moi, d'en aimer chaque bouchée, j'ai fermé ma bouche et mon cœur. Au début, c'était comme un jeu, un défi que je me serais lancé à moi-même. Peut-être une façon de connaître mes propres limites. Ce qui est sûr, c'est que jamais je n'aurais imaginé en arriver à cet extrême. »

(Nelson, 2008, p. 110)

INTRODUCTION

La question de la relation étroite entre le corps et l'esprit est connue depuis l'antiquité et très bien illustrée par Juvénal, dans sa célèbre locution "*mens sana in corpore sano*¹". Les recherches cliniques et scientifiques de notre époque en apportent continuellement des preuves. En effet, la souffrance psychique se manifeste sur le corps en assumant la forme de troubles physiques, dénommés les symptômes. Et s'il est vrai que le travail sur le corps a un effet sur la psyché, le chemin inverse a aussi prouvé son efficacité.

Si nous considérons les statistiques publiées en Suisse ces dernières années, il est frappant de constater l'importance des troubles alimentaires et la distorsion de la perception du corps chez les adolescentes. L'étude « Sixième rapport sur la nutrition en Suisse » dévoile que 1,2 % des femmes connaissent, au cours de leur vie, une anorexie nerveuse, 2,4 % une boulimie et 2,4% un *binge eating disorder* (Keller, Battaglia Richi, Beer, Darioli, Meyer, Renggli, Römer-Lüthi et Stoffel-Kurt, 2012). Les données exposées dans ce rapport montrent une augmentation constante de ces pourcentages, dont la fréquence est probablement sous-estimée, car ces-derniers n'incluent que les personnes hospitalisées (Keller et al., 2012 ; Petitpas et Jean, 2011). L'étude SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health) de 2002 conclut que 60 % des filles entre 16 et 20 ans, sont insatisfaites de leur poids ; 70 % de ces adolescentes ont exprimé le désir de perdre du poids et 20 %

¹ « un esprit sain dans un corps sain », Juvénal D.J., (années 100). Satire, X, 356.

des filles y pensent même en permanence. Dans l'enquête, 16% des adolescentes avouent manger de grandes quantités de nourriture sans pouvoir s'arrêter et 3% d'entre elles confient qu'elles se font volontairement vomir (Narring, Tschumper, Inderwildi Bonivento, Jeannin, Addor, Butikofer, ... Michaud, 2004). Mis à part les chiffres, et même sans disposer d'un fin regard clinique, nous pouvons constater, en regardant autour de nous, la grande quantité de personnes soucieuses des calories contenues dans leur nourriture et de leur poids ou, encore, des adolescents touchés par un trouble du comportement alimentaire.

Nous avons choisi de traiter plus spécifiquement le sujet des troubles alimentaires atypiques car ce sont des troubles moins visibles et moins flagrants que les formes typiques. Malgré cela, ils se présentent de manière de plus en plus massive dans les pays développés. Les troubles alimentaires atypiques touchent au minimum 5% de la population féminine, mais, étant donnée la carence d'études fournissant des chiffres précis pour ce genre de troubles et le fait qu'il n'y a qu'une minorité des adolescents qui consultent, le nombre de personnes concernées pourrait être sous-estimée. En outre, ces formes atypiques sont aussi moins traitées en littérature, par rapport à l'anorexie et la boulimie, car elles présentent une grande hétérogénéité et elles ne sont pas faciles à diagnostiquer (Vust, 2011).

La souffrance psychique que les adolescents expriment silencieusement à travers ce type de trouble nous a touché et inspiré pour la rédaction de ce mémoire, car il s'agit d'une souffrance qui passe très souvent inaperçue dans notre système social, mais est en premier lieu sous-estimée par le sujet souffrant lui-même. En réalité les troubles alimentaires atypiques n'ont été découverts que récemment, il n'y a donc pas une grande connaissance sur le thème et il y a, en outre, de nombreux questionnements sur ce sujet de la part des professionnels (Vust, 2012). Par conséquent, le fait que les *eating disorder not otherwise specified* (EDNOS) soient très souvent méconnus ou banalisés peut amener à une absence de prise en charge du sujet ou à une prise en charge tardive, sans oublier, un risque de progression et d'évolution d'un trouble alimentaire atypique en trouble typique pour un certain pourcentage de filles (entre 14% et 46%) (Petitpas et Jean, 2011 ; Ambresin et Vust, 2010 ; Schmidt et al., 2008). Tout cela nous porte à croire que plus on aborde tôt le problème, plus on aura des chances de le "régler".

Dans la première partie de ce travail nous expliquerons l'importance de considérer le symptôme dans son contexte socio-historique ; il semble en effet, que le symptôme n'est jamais qu'un simple symptôme, mais qu'il est, en utilisant les mots de Lacan, « une

métaphore », il est le miroir du monde et il est aussi le miroir du discours : le symptôme acquiert donc une dimension sociale (Lacan, 1966a). Le trouble ne concerne pas que l'individu, mais il s'agit d'un phénomène collectif. C'est pourquoi, si l'on souhaite comprendre ce qui arrive à l'individu il faut observer aussi le contexte historico-social à l'intérieur duquel se développe le symptôme. Le sujet, dans ce cas l'adolescent, évolue toujours dans un cadre discursif donné. En nous penchant sur les dynamiques actuelles de notre société nous pourrions ainsi mieux entrer dans la thématique de ce mémoire. Pourquoi en effet parler du vide ?

Même s'il s'agit d'un travail théorique, nous avons choisi de nous appuyer sur une littérature riche en observations cliniques et témoignages. Le but est de comprendre ici l'incessante insatisfaction et la sensation de vide sans fin, impossible à combler, que l'on rencontre constamment en clinique et dans les récits des jeunes patientes anorexiques-boulimiques.

Par conséquent, ce mémoire a pour but l'approfondissement d'aspects qui sont trop souvent négligés et qui ont pour résultat la réduction des troubles du comportement alimentaire à des problèmes purement liés à l'alimentation. Nous souhaitons donc sensibiliser et guider le lecteur dans une réflexion sur les questions suivantes: soigner un adolescent qui souffre d'un trouble alimentaire signifie-t-il vraiment normaliser son appétit ? Le but du soin est-il vraiment d'amener la personne à manger normalement en évitant les excès et en interrompant le cycle infernal des « bouffes » et des vomissements ? (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). À ce propos, Marya Hornbacher (2000), dans son livre autobiographique qui relate sa propre expérience en tant qu'anorexique, exprime son désaccord face à presque tout ce qui a été dit à propos des troubles alimentaires, car elle considère sa maladie non seulement comme une dépendance, mais aussi comme une réponse, même si perverse, à la culture ambiante, à sa famille et à elle-même.

Nous nous engagerons donc à déplacer le focus de l'effet visible aux causes intimes, de l'estomac au cœur, pour pouvoir aborder ce type de troubles non plus comme une maladie de l'alimentation mais comme une pathologie de la relation et de l'amour, en suivant la thèse de Massimo Recalcati.

La problématique, qui constitue la base de ce mémoire théorique, se ramène aux questions suivantes:

- Pourquoi le trouble alimentaire est-il une pathologie moderne ?
- Quelles sont les circonstances typiques du prélude des conduites alimentaires atypiques ?

- Comment les adolescentes ayant un trouble alimentaire atypique présentent une clinique du vide ?
- Quel est le rôle de l'Autre dans la naissance des troubles alimentaires atypiques à l'adolescence?

Nous débuterons par un chapitre dans lequel nous aborderons la situation sociale actuelle vécue par l'adolescent qui se trouve dans un conflit interne entre liberté et contrainte, ce qui nous permettra d'introduire la modernité des troubles alimentaires. Ensuite, nous présenterons une description des phénomènes rencontrés dans les troubles alimentaires, vus comme des pathologies modernes où la place du vide joue un rôle central. Dans cette partie on abordera tout d'abord les troubles du comportement alimentaires (TCA) typiques pour pouvoir ensuite introduire les TCA atypiques ainsi que leurs différentes manifestations.

Dans le troisième chapitre nous tenterons de décrire la spécificité du fonctionnement psychique chez les adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire atypique, en considérant d'abord les circonstances typiques du prélude de cette maladie. Nous y aborderons aussi l'influence que la société et les parents ont sur ce phénomène. Un grand espace sera consacré aux notions de l'insatisfaction et de l'inextinguible sensation de vide vécue par l'adolescente anorexique-boulimique, ainsi qu'à la diversité de stades, aux mécanismes de défenses et à la relation à l'objet relevés dans les troubles alimentaires atypiques. Ensuite, nous nous focaliserons sur le pronostic et l'évolution possible que cette maladie peut avoir et sur les thérapies axées sur la parole plus favorables à ce jour.

Dans ce travail nous avons choisi la formule anorexie-boulimie, employée par Recalcati, au dépens des termes anorexie ou boulimie, dans leurs formes typiques ou atypiques, de façon à souligner la dialectique existante entre la pulsion et l'Idéal, comme indices de l'oscillation d'une même position subjective.

Ce mémoire, enfin, s'appuie sur le travail de recherche de Sophie Vust (2012), sur la théorie psychanalytique lacanienne de Massimo Recalcati et sur l'approche pédopsychiatrique et psychanalytique de Philippe Jeammet. Nous sommes conscients du fait qu'il s'agit de trois approches différentes, mais de notre point de vue elles sont complémentaires puisque chacune apporte, à sa façon, une réflexion essentielle sur le sujet des troubles alimentaires.

CHAPITRE 1

LES PLAIES SOCIALES DE NOTRE ÉPOQUE

Afin de mieux comprendre la genèse des troubles alimentaires et son ancrage dans notre époque contemporaine nous proposons ici une introduction théorique.

Selon la psychanalyse il existe une relation fondamentale entre la société et le malaise. Le malaise psychique a pour origine le monde qui entoure le sujet et même s'il est proche de tout un chacun, sa structure a une composante sociale (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Freud (1929) nous apprend que le progrès de la civilisation coïncide avec un sacrifice pulsionnel et une perte de jouissance. La civilisation nous offre des avantages, aux dépens d'une partie de notre nature humaine, qui doit être refoulée et abandonnée, à savoir principalement la sexualité et l'agressivité. Selon la théorie freudienne, l'être humain est, en effet, une créature foncièrement inéducable, qui vise une satisfaction immédiate, or, pour s'intégrer dans la civilisation il se doit de respecter les valeurs de la bonne tenue (Freud, 1929). Or, ce « malaise dans la civilisation » que Freud a décrit il y a presque un siècle a changé. En premier lieu, l'impératif social qui règle le programme de la civilisation contemporaine est sensiblement différent de celui qui réglait la civilisation victorienne, où un renoncement immédiat aux pulsions personnelles était nécessaire (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Selon Freud (1929), la société de la fin de XIX siècle, avait été la source d'un malaise irrépressible car elle amenait à un conflit inévitable entre les exigences individualistes de la pulsion et les limites imposées par la réalité sociale. Donc, l'impératif social de la civilisation victorienne était celui de la morale du devoir et par conséquent, la condition pour être admis au programme de la civilité était le renoncement partiel au programme de la pulsion (Freud, 1929 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). On faisait donc face à un « principe de réalité » qui broyait le « principe de plaisir ». Jeammet (2007a) résume bien ce changement social où : « l'accent se déplace de la pathologie des conflits, favorisée par une société répressive, à une pathologie des liens, des limites et de la dépendance, facilitée par une société libérale » (Jeammet, 2007a, p. 73).

Aujourd'hui, nous observons que les troubles alimentaires ne sont plus des pathologies de la bourgeoisie ou des « névroses de la nourriture » (Freud, 1915/1917), mais ce sont des maladies épidémiques, des symptômes de masse, socialement transversaux, qui traversent donc toutes les strates sociales et qui naissent dans des sociétés du capitalisme avancé (Guercioni et Nicastri, 2009). Actuellement, on fait face, en effet, à une grande transformation du mythe social où la consommation est devenue une fin en soi : le but de

la société contemporaine n'est plus le renoncement à la satisfaction immédiate et à l'assouvissement des pulsions, bien au contraire, puisque la société les ordonne et les encourage (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). « En d'autres mots, l'impératif social dominant aujourd'hui n'est plus celui moral du devoir, mais celui libertin de la jouissance immédiate, ou bien, du devoir jouir, de la jouissance comme une nouvelle forme paradoxale du devoir » (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006, p. 14, Trad. de l'auteur).

Alors, il y a quelque chose de « follement astucieux » comme le dit Lacan dans sa Conférence de Milan (1978) : le discours du capitaliste et la fonction d'enrayage du mécanisme pulsionnel tenue par le discours du maître. La société moderne propose incessamment au sujet de nouveaux objets pour remplacer l'objet (a), de nouveaux objets pour remplir la place vide de (a). Mais la réalité, comme l'explique bien Lacan (1978), c'est qu'un objet réel ne viendra jamais combler cette place vide, car il ne peut que répéter un dam, un manque imaginaire. C'est pour cette raison que le discours capitaliste est un discours de la frustration généralisée (Lacan, 1978). Nous vivons dans un système qui consomme la consommation sans générer aucune satisfaction. Il y a une poussée généralisée vers la jouissance, la consommation des objets de jouissance que le marché offre de façon illimitée et globalisée (Guercioni et Nicastri, 2009). En d'autres mots, le discours social actuel encourage l'absence de limites, par l'offre illimitée d'objets de consommation, en créant un vrai culte de la jouissance et, de ce fait, d'un plaisir mélangé à la souffrance et cela devient un trait envahissant de l'époque contemporaine (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Les troubles alimentaires liés à l'avidité illustrent cette nouvelle primauté de l'objet de consommation. Le sujet postmoderne mange tout, il vit pour manger, pour consommer, sans jamais atteindre un sentiment de satiété (Guercioni et Nicastri, 2009). Selon Recalcati et Zuccardi Merli (2006), la condition de base du sujet postmoderne est qu'il consomme sans rien retenir de ce qu'il consomme et ne parvient plus à apprécier ou à distinguer ces objets de jouissance.

Un autre mythe contemporain important est celui de l'image, incarné par l'anorexique, où la maigreur devient un idéal et maigrir est une ascension qui donne sens à la vie et rassure la personne sur sa valeur. Comme l'explique bien Castanet (2009, juin), on pourrait même dire que le corps est devenu le centre de l'identité contemporaine et qu'il « est tout ce qui nous reste pour donner un sens à notre existence » (p. 35).

La société postmoderne actuelle, globalisée, produit de la rencontre entre le capitalisme et les sciences, constitue une enveloppe formelle qui produit un isolement et accentue la solitude structurelle du sujet en relation avec sa jouissance (Ávola, Bousoño, Cucagna, Kicillof et Racioppi, 2010). Par conséquent, aujourd'hui, on broie tout, on vit en accéléré,

on multiplie les expériences sans être capables de les distinguer les unes des autres et de les apprécier, nous sommes esclaves de l'appel hypnotique des marques et finalement on découvre de manière dramatique comment tout cet « or » se transforme en boue, dont on voit un pendant dans la boulimie puisque la nourriture s'y transforme en vomissement (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Recalcati et Zuccardi Merli (2006) souhaitent illustrer que nous sommes plongés dans un environnement où tout ce qu'on n'utilise pas n'a pas de sens. L'adolescent grandit dans un contexte social dans lequel on observe l'absence d'idéaux et de modèles, où cette absence tue la créativité et le désir. Le sens perdu est, en effet, le sens de l'invention, de la créativité, de la particularité et de l'aptitude à créer des projets. Aujourd'hui, on désire ce que tout le monde doit socialement désirer, négligeant de chercher en soi-même cette particularité irréductible de son propre désir (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). La poussée qui dirige ce désarroi de sens amène le sujet à la dérive, à la perte de soi-même, sans un idéal à suivre, ce qui l'amène à la destructivité (Guercioni et Nicastri, 2009). Comme l'écrit Recalcati, l'individu contemporain peut être décrit comme un sujet incapable d'orienter le désir vers les intérêts et les liens profonds avec l'Autre (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Nous adhérons à la pensée de Vust (2012), qui soutient que « le trouble alimentaire ne représente qu'une manière parmi d'autres d'exprimer un malaise » (p. 75). Un témoignage d'une adolescente en particulier explique bien ce concept :

« Je pense que la nourriture c'était presque un détail, c'est marrant de dire ça, mais je pense que c'était un moyen en quelque sorte pour régler mes problèmes intérieurs, une façon d'extérioriser tout ça » (Vust, 2012, p. 75).

Les troubles alimentaires, les toxicomanies, les dépressions, les crises de panique, les comportements violents ont tous une racine commune : ils constituent un groupe de symptômes qui présentent des manifestations analogues et touchent une ample tranche de la population se concentrant surtout sur la période de l'adolescence. Selon Recalcati et Zuccardi Merli (2006), il s'agit de groupes mono-symptomatiques qui se sont construits dans le social en répondant à deux exigences : trouver une communauté dans laquelle s'identifier et une modalité de jouissance qui puisse donner une solution au désarroi du désir et qui parallèlement, élude le rapport avec l'Autre. De cette manière, des nouvelles groupalités s'organisent dans le social autour d'un trait unitaire où les sujets se reconnaissent dans le partage d'une forme de jouissance (Miller et Laurent, 1997-1998).

Les drogues, la nourriture et les médicaments sont tous des substances qui ont pour but d'anesthésier un malaise, qui remplacent la relation amoureuse et qui garantissent cette liberté inhumaine contenue dans le message contemporain du marché : jouissez et

jouissez seuls ! (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Dans toutes ces situations, le sujet tente frénétiquement de rejoindre une jouissance que ne coïncide pas avec son bien, mais qui se révèle destructrice et dévastatrice. Il s'agit d'une jouissance qui devient un patron acharné, contraignant l'individu à se soumettre à une nouvelle forme d'esclavage (Recalcati, 2011).

En ce sens, les troubles alimentaires sont des indices significatifs du malaise juvénile, qui peuvent assumer la tendance d'un retrait, d'un désinvestissement du monde, d'une fermeture, d'un refus des liens, d'une exaspération de la dimension protectrice du contrôle, ou d'une recherche agitée et désespérée de sensations, d'expériences, d'une compulsion à la consommation de tout, d'un engloutir sans satisfaction (Guercioni et Nicastri, 2009). Ces mouvements séparent l'adolescent de son désir et l'isolent dans une condition qui les laisse sans projets.

On fait face à une dimension impérative de jouissance, jouissance entendue comme seule forme possible de la Loi, qui devient donc une loi *ad personam* (Recalcati, vidéo 2013). Dans notre société il n'existe pas de loi qui rende possible la vie ensemble, mais nous sommes soumis à une loi qui sauvegarde le droit à sa propre jouissance et donc, à une liberté illusoire qui crée le fantasme de pouvoir faire ce que l'on veut. Le sujet se trouve dans la position de se croire le maître des mots et des choses (Lacan, 1978). Le fantasme qui étaye cette loi de jouissance est un fantasme de liberté, et la liberté est réduite à un caprice, à la loi *ad personam* (Recalcati, Vidéo 2013). Cette dimension en psychanalyse s'appelle perversion, car elle s'appuie sur la jouissance comme seule forme de la Loi. Aujourd'hui, la grande difficulté de la tâche éducative des parents est d'introduire les enfants à l'expérience des limites et du seuil, surtout lorsque dehors tout est possible. L'adolescent se trouve entre un discours capitaliste qui encourage la jouissance perverse illimitée et qui dit oui à tout, et le « non » de la famille qui interdit (Recalcati, Vidéo 2013). Les personnes qui travaillent dans l'éducation, en institution ou avec les familles peuvent constater qu'il y a une crise de fond. Cette crise est le résultat d'une divergence toujours plus évidente entre ce que le discours éducatif souhaite, c'est-à-dire une valorisation du développement de la particularité du sujet, et les aspirations du discours social dominant qui encourage, par contre, des comportements conformistes qui amènent l'individu à s'aligner passivement (Guercioni et Nicastri, 2009; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). A ce propos, Lacan (1978) envisage que le monde occidental soit dominé par l'idéologie du "discours du capitaliste", subversion "du discours du Maître". Le discours capitaliste enjoint «jouis» là où le Maître dit «cède sur ta jouissance», par conséquent l'impératif social vient contre et se substitue au discours du Maître (Lacan, 1978). En

effet, dans ce contexte il est toujours plus difficile pour les éducateurs et surtout pour les parents, d'introduire la vertu éthique du renoncement ou de lui attribuer un sens (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Ce que nous pouvons remarquer c'est qu'il y a une poussée vers un hédonisme de masse et une difficulté croissante à introduire l'expérience des limites, de l'obstacle et du renoncement chez les adolescents. A ce propos, Jeammet (2005c) dit justement qu'« on a oublié aussi que trop de choix, tue le choix » (p. 169). En effet, on peut parler de la tyrannie du choix, où les expériences s'accumulent, on les traverse sans qu'il en reste un sens, elles se succèdent, l'une après l'autre, en faisant comme tout le monde fait et en suivant le discours social dominant (Guercioni et Nicastri, 2009).

Dans les troubles alimentaires, il apparaît qu'il y a une difficulté à se subjectiver, difficulté qui est due à la soumission au modèle idéal proposé par les médias et la société. De cette manière, la singularité de l'individu se perd et se vide, ayant comme résultat la désubjection de la personne. Par conséquent, le sujet sacrifie toujours plus sa partie la plus intime, authentique et particulière (Guercioni et Nicastri, 2009).

L'image et la consommation illimitée de l'objet sont des mythes étayés par le discours capitaliste qui règlent actuellement les liens sociaux (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). C'est comme si on était tous des obèses, remplis jusqu'à l'étouffement des tous ces objets que l'Autre du marché nous met à disposition sans cesse. Tous pris dans une jouissance exagérée et tous plongés dans un espace saturé de choses sensées pallier au manque comme source du désir et de création (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Pour toutes ces raisons notre approche consistera à considérer le symptôme comme la manifestation d'un malaise social et les troubles alimentaires comme maladies contemporaines. Recalcati parle des troubles alimentaires comme effets de l'hégémonie du discours du capitaliste dans notre civilisation et selon lui, il faudrait introduire une alternative publique et politique – la politique telle que la définissaient les Grecs anciens et donc dans le sens de soin de la *polis* - et rénover par conséquent le soin des liens (Recalcati, vidéo 2011).

C'est ici qu'apparaît l'importance d'un autre changement que nous pouvons observer dans notre civilisation : le déclin de la fonction paternelle dans les sociétés occidentales. Selon Freud (1912), la figure sociale qui incarnait l'autorité symbolique et sur laquelle s'appuyait tout le programme de la civilisation, était en effet celle du père. A travers sa fonction régulatrice, qui réunit la loi et le désir, les pulsions étaient cadrées. En reprenant l'idée de Freud, Lacan (1955) retourne sur le thème de l'Imago paternelle en suggérant qu'en général la fonction du père était une « fonction sublimatoire » pour orienter l'emploi

créatif des énergies pulsionnelles à des fins socialement plus élevés. Mais déjà en 1938, Lacan, dans son article « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu », déclarait que la figure paternelle était arrivée à sa fin, il y parlait en effet « d'évaporation du Père ». Pour lui, le Père est celui qui garantit un sens au sujet et aux liens sociaux, c'est un Père-fondement, un Père comme tuteur de l'ordre symbolique qu'il a appelé « Nom du Père » (Lacan, 2003). La fonction perdue du Père est celle de pouvoir introduire une Loi, une limite nécessaire pour pouvoir aborder la dimension de la différenciation symbolique (Recalcati, 2010a). Lacan (2003), avec sa notion de Père évaporé, se réfère à la perte d'un centre et à la décapitation du sommet Idéal, de la matrice œdipienne, qui avait structuré les liens sociaux et qui avait donné du sens à la vie des personnes. Donc, on parle d'un déclin de l'investissement à la fois de la figure psychologique du père, et de sa fonction symbolique ou bien sa fonction d'orientation de l'Idéal dans la formation de l'individu (Marruchi, 2010 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Aujourd'hui, ce rôle semble être perdu et affaibli par la puissance réelle et séductrice de l'objet de jouissance. En clinique nous nous trouvons face à un échec de la nécessité d'intégration de la Loi au désir qui donne lieu à une désorientation du sujet.

La société hyper moderne, affectée par la maîtrise globale du pouvoir du marché, a donc renversé les impératifs sociaux du passé (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). On retrouve cette transformation aussi dans le symptôme, qui n'est plus un message à déchiffrer comme à l'époque freudienne, où le rapport entre les mots et le corps existait encore, car aujourd'hui il peut être lu comme un agir, une décharge pulsionnelle où la dimension symbolique n'est pas évidente (Castanet, 2009, juin ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Dans ce sens, le malaise mental est toujours un malaise social : on vit une poussée à agir, une frénésie à laquelle on ne peut pas résister, qui dépasse chaque possibilité de mentalisation.

CHAPITRE 2

LES TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES : ENTRE DÉSIR ET LIMITE

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) incluent toutes ces problématiques, de pertinence surtout psychiatrique et psychologique, qui concernent le rapport entre l'individu et la nourriture.

Les TCA ont été divisés, par les manuels diagnostiques (CIM-10, 1994 ; DSM-IV-TR, 2003), en différentes catégories, chacune ayant ses propres variantes et sous-typologies, qui, en clinique, peuvent se présenter de manière isolée mais surtout de manière mixte.

Les principaux troubles du comportement alimentaire sont l'anorexie mentale (AN, CIM-10 : F50.0) et la boulimie (BN, CIM-10 : F50.2) (CIM-10, 1994 ; DSM-IV-TR, 2003). Il existe, en outre, des formes intermédiaires, ainsi que certains comportements alimentaires problématiques difficiles à cerner (EDNOS = Eating Disorder Not Otherwise Specified, CIM-10 : F50.1 / F50.3 / F50.9) (CIM-10, 1994 ; DSM-IV-TR, 2003).²

La présence de ces pathologies est plus élevée dans les pays industrialisés et l'incidence résulte majeure dans les tranches des jeunes: les adolescents et les jeunes adultes sont les sujets les plus à risque, notamment les filles.

La CIM-10 (1994) distingue les troubles alimentaires de l'enfance de ceux de l'adolescence ; nous avons choisi, en raison de l'étendue et de la complexité de ces maladies, de nous concentrer sur les TCA à l'adolescence, sans vouloir amoindrir l'importance du lien qu'il peut y avoir entre les deux périodes.

L'anorexie mentale et la boulimie sont les troubles les plus fréquents dans l'adolescence. Pendant cette période, et à cause des difficultés alimentaires importantes, le sujet vit des changements et des perturbations graves qui affectent à la fois son équilibre physiologique et psychologique mais aussi ses relations sociales (Dumas, 2013).

Jeammet (2004a) et les regards psychanalytiques français actuels, envisagent le trouble alimentaire comme une pathologie de la conduite et de l'addiction, caractérisée par une jouissance déchargée par l'acte suivi d'un sentiment de soulagement. En plus de la toxicomanie et l'alcoolisme il y a en effet des « nouvelles addictions » dont font justement partie les troubles alimentaires. Le psychiatre américain Otto Fénichel définit même l'anorexie comme une toxicomanie sans toxique qui se révèle finalement une « toxicomanie du rien » (Ansermet, 2012 ; Jeammet, 2004a ; Vust, 2012).

Nous verrons que différents facteurs entremêlés favorisent le développement de troubles alimentaires : il s'agit de facteurs psychologiques individuels ainsi que de vulnérabilités,

² Voir Annexes

éventuellement de facteurs biologiques et de facteurs socioculturels (Jeammet, 2004a). En clinique, nous trouvons et distinguons des facteurs prédisposant l'individu à ces troubles, dont l'anxiété, le perfectionnisme, une faible estime de soi, la présence de violence ou de toxicomanie dans le milieu socio-familial ; ou des facteurs précipitants comme les conflits parentaux, la séparation des parents, le décès d'un proche ou une première expérience sexuelle difficile (Petitpas et Jean, 2011).

Cependant, il existe aussi des facteurs de protection : individuels, familiaux et environnementaux (Petitpas et Jean, 2011). Ainsi, c'est sur ces facteurs de protection et sur les ressources, que nous nous appuyons généralement en thérapie.

La clinique nous montre que les sujets qui souffrent d'un trouble alimentaire ont une fragilité de base qui augmente l'insécurité interne et amène la personne à s'accrocher à des éléments externes de façon à combler le vide ressenti en lui-même (Vust, 2012).

Nous verrons par la suite que le phénomène anorexique-boulimique est une déclinaison particulière de la difficulté à intégrer ensemble et de façon authentique, l'expérience des limites et celle du désir.

L'anorexique est donc victime de ses propres limites et a tendance à se créer un style de vie orienté vers les privations, par contre, la conduite boulimique est caractérisée par l'absence de limites et le besoin de satisfaire son désir de manière compulsive (Guercioni et Nicastri, 2009). En d'autres mots, l'anorexique est dans la maîtrise et la boulimique dans la compulsion (Jeammet, 2004a).

Enfin, plusieurs experts observent que le trouble alimentaire est très souvent utilisé comme solution, car il se présente comme la seule réponse possible face à l'inacceptable sur lequel le sujet est tombé à un certain moment de sa vie. Évidemment, il s'agit d'une solution inconsciente que le sujet a mis en pratique et dont il ignore le sens qui celui d'affronter une difficulté dans le rapport avec l'Autre (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

2.1. Les troubles de conduites alimentaires typiques

Nous parlerons tout d'abord des formes typiques des troubles alimentaires, car il est important de bien les situer afin de comprendre toute l'importance et la portée des formes atypiques.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (2003) et de la CIM-10 (1994) anorexie et boulimie sont les deux formes de troubles alimentaires typiques et elles constituent des pathologies graves qui se servent du corps pour exprimer une souffrance profonde.

Il est intéressant de s'arrêter sur l'étymologie de ces deux mots d'origine grecque : *anoreksía*, dérivant de *óreksis* "appétit" précédé du préfix *an-* qui est privatif ; et *būlimía* qui veut dire "grosse faim" ou plus littéralement "faim de bœuf", et qui est composé par *būs* qui signifie "boeuf" et par *limós* "faim".

Si on s'arrête sur ce qui est le plus visible on observe dans l'anorexie le refus de la nourriture, le comptage obsessif des calories et l'hyperactivité ; dans la boulimie on observe par contre la prise de nourriture répétée, suivie par des vomissements auto-induits. Dans l'expérience anorexique-boulimique le corps se remplit et se vide (Guercioni et Nicastri, 2009). Mais, s'arrêter à ce qui apparaît signifie ignorer le côté le plus important du problème.

Ces deux pathologies sont caractérisées par une distorsion du rapport à son propre corps et à la nourriture, ce qui amène cependant à des comportements différents, car dans un cas, on se trouve dans la restriction et dans l'autre dans la consommation incontrôlée (Jeammet, 2004a). Il y aura donc, d'une côté, l'expérience de la limite qui anéantit celle du désir et de l'autre, l'expérience du désir qui ne connaît pas de limites et qui amène l'individu à s'enfoncer dans un chaos désespéré (Guercioni et Nicastri, 2009).

Recalcati (2007a), dans son texte « L'ultima cena : anoressia e bulimia » souligne comment l'anorexie et la boulimie constituent la déclinaison pathologique de deux mythes typiques de notre temps. L'effet de la modernité se traduit dans l'anorexie par le mythe contemporain de l'image, alors que dans la boulimie, où l'on mange en continu sans jamais arriver à la satisfaction, traduit un autre grand mythe de notre société moderne, celui de la consommation comme fin en soi.

2.1.1. L'Anorexie mentale

L'anorexie mentale était déjà décrite dans des écrits datant du Moyen Âge. A cette époque, ce trouble n'était pas encore considéré comme une maladie. En effet, la pratique du jeûne a été pendant de longs siècles une expérience commune dans beaucoup de parcours mystiques et religieux (Dumas, 2013). Pendant le XV et XVI siècles, cette pratique, portée à l'extrême, est devenue un syndrome pathologique et a été classée nosographiquement comme « *anorexia nervosa* », grâce aux descriptions cliniques de

William Gull (1874) en Angleterre et Ernest-Charles Lasègue (1873) en France. Mais, dans le refus anorexique – qui diffère du refus de se nourrir dans l'expérience de recherche mystique – l'expérience ascétique et religieuse de l'expiation du pêché comme mission et sacrifice pour le salut des autres, se perd (Recalcati, 2011 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Au cours du XVII^e siècle le refus et le sacrifice apparaissent comme le prix que les femmes doivent payer pour maintenir l'image de leur propre corps en adéquation avec l'idéal social de beauté. Ainsi, de nos jours, le pouvoir de la passion esthétique pour l'image du corps maigre amène l'adolescente à atteindre cette image du corps idéale qui devient un nouvel objet à idolâtrer. Dans ce sens, l'anorexie contemporaine est une nouvelle religion, une religion du corps (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). À ce propos, Recalcati argumente « il s'agit d'une subordination de l'éthique à l'image esthétique, dans laquelle on utilise le sacrifice personnel non pas pour la volonté de Dieu mais pour la volonté du Moi » et donc pour une volonté qui se suffit à soi-même (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006, p. 23, Trad. de l'auteur).

D'un point de vue visuel et esthétique, le corps anorexique s'approche de l'image de la mort et il ne se pose pas comme objet de désir différencié, car il s'agit de corps se ressemblant entre eux et comparables à des squelettes. Dans cette optique ils peuvent être considérés comme des corps déssexualisés. Nous ne pouvons pourtant pas parler d'une anorexie mais des anorexies, car, malgré la ressemblance entre les sujets touchés par cette maladie, nous considérons toujours l'unicité de chaque individu (Recalcati, vidéo 2011).

Si on observe le DSM-IV-TR (2003), on peut regrouper les pathologies anorexiques en deux types:

- 1) Le type restrictif : l'adolescente trie la nourriture dans l'assiette, elle choisit les aliments les moins riches en calories et elle nettoie les aliments afin d'éliminer toute trace de graisse, sans présenter des crises boulimiques de manière régulière.
- 2) Dans le deuxième type on retrouve les formes d'anorexie dites boulimiques où on n'observe pas de restriction de nourriture, mais où l'on trouve un important contrôle du poids par des moyens purgatifs, vomissements ou utilisation de laxatifs, ou encore une hyperactivité physique.

Les professionnels observent plusieurs manifestations et comportements typiques dans l'anorexie. En premier lieu l'anorexique est physiquement reconnaissable: elle a un visage pâle, émacié, ridé et elle paraît sans âge. Son corps est squelettique, les cheveux secs,

ternes et ont tendance à tomber, en plus de cela les ongles sont cassants et striés (Jeammet, 2004a). Ensuite, l'anorexique a connu une perte de poids importante, elle a, en effet généralement vécu un amaigrissement régulier et spectaculaire, dû à une consommation restreinte d'aliments accompagnée d'un décompte précis des calories. L'adolescente refuse de maintenir un poids minimum normal pour son âge et sa taille et elle montre une constante attention au poids. Cet amaigrissement est accompagné d'une peur de grossir omniprésente et obsessionnelle (Guercioni et Nicastrì, 2009 ; Petitpas et Jean, 2011).

Beaucoup d'anorexiques vivent ce que Vittoria décrit : « [...] A 12 ans, comme j'ai quelques rondeurs en trop, je décide de perdre un peu de poids. Mais, très vite, je suis hantée par de terribles obsessions : diminuer progressivement mes portions (à table, je cache des morceaux dans ma serviette et même dans mes poches). Puis peser tous les aliments, calculer les calories, rejeter tous les lipides et tous les glucides, ne manger que des viandes et des poissons maigres, des fruits et des légumes à moins de cinquante calories aux cent grammes et des laitages allégés. Surtout, traquer les graisses et les sucres cachés, et les éliminer avec du papier absorbant. Et boire, boire beaucoup d'eau. Pour tromper la faim, mais aussi parce que l'eau est purificatrice. » (Dumas, 2013, p. 563).

Un comportement typique est l'ingestion de grandes quantités d'eau, la potomanie, soit pour se purifier et pour éliminer des calories, soit pour effectuer de véritables lavages d'estomac, avec vomissements provoqués (Jeammet, 2004a).

Plusieurs auteurs remarquent la relation paradoxale que l'anorexique a avec la nourriture : elle la refuse, mais en même temps, il y a une forte fascination et obnubilation pour celle-ci. Le thème de l'alimentation, vu aussi comme un vrai savoir gastronomique, est très souvent au centre du discours de la jeune anorexique (Jeammet, 2004a ; Recalcati, 2007a ; Vust, 2012).

Ces adolescentes nient leur comportement restrictif, habituellement elles ne sont pas conscientes de leur maigreur et elles ont une perception de leur corps altérée. Les spécialistes observent une absence totale de préoccupation à propos de leur état de santé chez les anorexiques, le malaise est évident, et pourtant, le sujet est content. Le sujet affirme que tout va bien et il ressent une force qui va augmenter au fur et à mesure de l'amaigrissement (Jeammet, 2004a ; Petitpas et Jean, 2011).

D'autres manifestations de ce trouble sont les différents rites alimentaires et les multiples mesures de vérification du poids comme, les pesées et la prise de mensurations quotidiennes (Jeammet, 2004a).

L'activité physique excessive et l'absence de fatigue sont deux autres caractéristiques des anorexiques ; on trouve également chez elles une diminution du temps de sommeil. En clinique on observe, en outre, la privation ou l'absence du plaisir (au contenu sexuel ou non), la tendance au mensonge et à la manipulation de l'entourage (Jeammet, 2004a). On observe aussi un rétrécissement progressif des contacts sociaux et la dépendance aux parents (surtout à la mère) est de plus en plus marquée. On retrouve souvent un hyper-investissement scolaire, une tendance au perfectionnisme et à la quête anxieuse d'excellence (Jeammet, 2004a ; Petitpas et Jean, 2011).

A ce propos Katherine disait : « ...J'ai toujours recherché la perfection. Dans toutes les sphères de ma vie, je me devais d'être parfaite. Je croyais que pour être aimée et appréciée, il me fallait être quelqu'un d'autre. J'ai essayé de l'être, du mieux que je le pouvais. Durant des années, je me suis oublié pour faire place à celle que les gens voulaient que je sois. Je m'adaptais aux désirs de tout le monde, sans même me demander ce que je désirais vraiment. Tout fonctionnait bien, jusqu'au jour où la pression est devenue trop grande et où je me suis effondrée. [...]. J'étais fatiguée, tellement fatiguée ! Je souffrais intérieurement. J'avais l'impression de ne plus occuper mon corps, comme si quelqu'un d'autre gérait ma vie. L'insomnie était de plus en plus présente tellement la faim me dévorait. J'étais cernée jusqu'au nombril, mon visage était terne, ma peau était mince et déshydratée, il n'y avait plus d'étincelle dans mes yeux. J'étais seule et malheureuse... » (Petitpas et Jean, 2011, pp. 17-18). Ce trouble mental a d'importantes conséquences sur le plan de la santé globale : l'alimentation pauvre et insuffisante provoque des dommages du système endocrinien en bloquant les règles – on parle d'aménorrhée (primaire et secondaire) – avec des graves conséquences sur la fertilité, les os, la peau, les cheveux, le système digestif, mais surtout sur le cœur ; la conséquence ultime pouvant être la mort de l'individu (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Petitpas et Jean, 2011). Aujourd'hui, l'anorexie représente un des problèmes mentaux qui comporte le taux de mortalité le plus élevé, notamment par suicide ou par arrêt cardiaque (Berkman, Lohr et Bulik, 2007).

Le but de l'anorexique est d'atteindre une image parfaite, accomplie et exaltée de soi. La perception du poids ou de la forme du corps devient altérée, l'adolescente anorexique n'a pas une représentation réaliste de son image corporelle et de certaines parties en particulier, comme le ventre ou les cuisses (Emission Anorexie-boulimie : l'enfer est dans l'assiette, 2011 ; Petitpas et Jean, 2011).

Le partenaire harcelant n'est pas le partenaire sexuel ni l'obligation amené par la religion, mais c'est la surface lisse du miroir. Il s'agit, ici, d'une dépendance de l'image de son

propre corps reflétée dans le miroir. Le sujet est ainsi dépendant de sa maladie comme d'autres le sont d'un produit comme l'alcool, les drogues, les médicaments, les jeux, ou d'une autre personne. On retrouve souvent dans les discours des anorexiques l'assimilation de leur propre image à une drogue (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006 ; Jeammet, 2005a). A ce propos, Recalcati rappelle la phrase d'une de ses patientes qui, sans s'apercevoir de l'équivoque, disait : « Je suis l'héroïne de moi-même » (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Le sujet anorexique est victime des limites qu'il s'impose à lui-même, à niveau alimentaire, mais pas uniquement. L'anorexie devient un style de vie orienté vers un renoncement acharné. Le rapport de l'adolescente avec l'image de son corps "démessuré", dans le sens que l'anorexique veut toujours être plus mince, encore plus fine. La maladie ne provoque pas de honte, mais, bien au contraire, elle représente un triomphe, triomphe de la volonté qui gagne sur le besoin. De cette manière, l'anorexique se garantit un contrôle extrême sur la faim ainsi que sur ses émotions et sur les rapports interpersonnels (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

L'anorexique vit une première période définie par Lacan (1966a) comme la « lune de miel du miroir » où elle met en évidence le caractère positif des premiers changements de son corps : c'est le temps de la fierté et de l'auto-complaisance. Recalcati (2011) en reprenant la pensée lacanienne, définit cette première période de persévérance comme le temps de l'orgueil, de la toute-puissance et de l'enthousiasme narcissique où le sujet domine sa faim, il contrôle tout et se suffit à soi-même. Le témoignage de Sheila explique bien cette période idyllique : « [...] Quand je descendis enfin à moins de trente-huit kilos, je me regardai dans la glace, ce que je faisais très souvent comme tous les anorexiques, et je vis quelqu'un de beau : je me voyais. Peu importe ce qu'autrui pouvait dire ou penser, j'étais belle : j'étais moi-même. [...] Je ne mangeais rien moi-même et cette abstinence était encore une preuve de ma supériorité morale [...] Je suis surhumaine, je n'ai pas besoin de manger » (Dumas, 2013, p. 566).

Cette condition extatique est bien exprimée par les Kestenberg (1972) qui ont choisi l'expression « vertige de la domination ». Mais, le problème est que ce temps idyllique est voué à une fin très rapide, en effet on ne peut vivre sans manger. C'est là le paradoxe de l'anorexie : le sujet ne peut pas avoir ce qu'il désire (Ansermet, 2012 ; Recalcati, 2011).

« ...Au début, je me sentais bien. J'avais le corps dont j'avais toujours rêvé, les hommes me regardaient dans la rue, je me sentais redevenir quelqu'un. J'avais l'attention de tout le monde, j'étais le centre d'intérêt, et ça me plaisait ! Malheureusement, ce moment de

« célébrité » fut très bref. Mon poids continuait de descendre en flèche et, au fil du temps, les regards se sont atténués, allant jusqu'à s'éteindre... » (Katherine in : Petitpas et Jean, 2011, p. 17).

De plus, l'image reflétée par le miroir ne sera jamais en adéquation parfaite avec l'image idéale que l'anorexique voudrait atteindre. L'effort de l'adolescente anorexique est d'imposer à son corps sa volonté disciplinaire de manière stricte, mais ceci n'est qu'un rêve impossible (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). L'anorexie peut, en effet, aussi être définie comme une pathologie de la volonté, car il y en a trop (Recalcati, 2007a). Il s'agit d'« une volonté qui va contre un désir » comme le dit Ansermet (2012, p. 143). L'adolescente s'exalte par une indépendance totale de tout, sauf qu'elle n'arrive pas à cesser de tout contrôler. Ici, la dépendance est celle à l'illusion de l'indépendance et c'est elle la vraie prison de l'anorexique (Ansermet, 2012).

L'anorexie n'est pas une perte passive de l'appétit mais une conduite active de restriction et de lutte contre la faim (Jeammet, 2004a).

« ...Je vivais dans ma tête. Le combat avec la faim était tellement fort que j'étais incapable de vivre le moment présent. Mon corps y était, mais mon esprit, lui, était complètement ailleurs... » (Katherine in : Petitpas et Jean, 2011, p. 17).

L'adolescente souffrant de cette maladie vit dans un monde fermé, un monde sans l'Autre, un monde de solitude narcissique : elle vit entre soi et le miroir, entre soi et la balance, entre soi et le frigidaire. Son monde se constitue d'elle et d'objets qu'elle maîtrise afin de se contrôler elle-même et ses émotions.

Nous verrons que l'anorexique outre à refuser la nourriture, repousse aussi tout ce qui vient de l'Autre et de la relation, elle dit « non » à la nourriture car elle veut plus que ce que l'Autre a : elle veut quelque chose de particulier, hors de la consommation de masse, elle veut quelque chose qu'on ne peut pas acheter, d'inaccessible et qui provoque un manque à celui qui donne (Guercioni et Nicastri, 2009). L'anorexique veut l'amour et l'amour, disait Lacan (1961), « est donner ce qu'on n'a pas ».

Dans ce sens, les conduites anorexiques représentent la façon avec laquelle le sujet se rend objet de désir, en essayant de s'éloigner d'un Autre familial et social qui n'est pas capable de donner, ce qui est le signe de son manque (Recalcati, 2007). A ce propos, la remarque clinique de Lacan (1956-1957) : l'anorexique, loin de ne pas manger, mange le rien. L'anorexique, qui ne connaît pas de limites, se "fait" rien pour causer le désir en l'Autre (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Lacan, 1964, Recalcati, 2007a). « Je mange rien » dit l'anorexique. Dans la formule lacanienne il manquerait en bon français la négation : « je

ne mange rien ». Mais cela est une éliision voulue. Pour Lacan (1956-1957 ; 1964) le rien n'est pas une absence de quelque chose, le rien est quelque chose. Le rien est, en effet, un objet. Un objet étrange et paradoxal, nous le verrons, parce qu'il n'est pas non plus identifiable à l'aliment. Rien, c'est justement pour Lacan (1956-1957), quelque chose qui existe sur le plan symbolique. Grâce à ce rien, le sujet suspend l'Autre à son désir et la fait dépendre de lui.

Cette forme de refus, propre à l'anorexique, a pour finalité de provoquer un manque dans l'Autre et elle est similaire à une forme d'appel, à un cri : « Peux-tu me perdre ? ». L'anorexique procède de cette façon jusqu'à créer l'angoisse dans son Autre, elle provoque dans l'Autre, qui est plein de tout, un manque et accroche la limite au désir, comme pour dire : « Tu n'es pas aussi plein que tu le penses, maintenant tu verras à quel point je te manque » (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007).

2.1.2. La boulimie

Les troubles boulimiques n'ont été considérés différemment de ceux anorexiques que récemment et plus précisément en 1979 grâce aux apports à Gerald Russell. Bien que, de nos jours, la boulimie soit plus fréquente que l'anorexie et qu'elle ébranle fortement la santé en causant surtout des dommages de l'appareil digestif, elle est plus difficile à repérer, car elle ne laisse pas des traces visibles et extérieures (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Petitpas et Jean, 2011).

La boulimie se différencie de l'anorexie de sa dépendance à la nourriture et le DSM-IV-TR (2003) la différencie en deux types:

- 1) un type caractérisé par le recours aux vomissements ou à la prise de purgatifs, dit autrement « purging type ».
- 2) Un type où le sujet ne fait pas usage régulier de purgatifs ni des vomissements mais il a recours à des autres comportements compensatoires inappropriés comme les jeûnes ou l'exercice physique excessif. Cette deuxième manifestation est nommée par le DSM-IV-TR (2003) « nonpurging type ».

Malgré le peu de manifestations visibles de la boulimie, les professionnels regroupent sous plusieurs thèmes les manifestations et les comportements typiques chez les adolescentes boulimiques. En premier lieu, le sujet boulimique vit des envies intenses et irrépressibles de se suralimenter. La crise boulimique est caractérisée par un

déclenchement brutal du comportement, elle a un caractère impérieux et le déroulement n'est pas interrompu jusqu'au malaise physique ou aux vomissements. Ces comportements arrivent souvent en fin d'après-midi et se font en cachette (Dumas, 2013 ; Jeammet, 2004a). Après la crise l'adolescente évite la prise de poids en provoquant des vomissements et/ou en abusant de laxatifs (Jeammet, 2004a). Malgré cela, son poids est fluctuant : on observe des périodes d'alimentation incontrôlée et impulsive et des périodes de jeûnes ou des régimes amaigrissants répétitifs. Les patientes gardent un poids normal dans la grande majorité des cas (Jeammet, 2004a ; Petitpas et Jean, 2011). Il arrive souvent que le sujet prépare l'accès boulimique en achetant la nourriture nécessaire en prévision puis, avale rapidement et sans répit les aliments, l'adolescente ne contrôle plus rien, comme si elle était dévorée par sa propre faim. Les aliments sont recherchés en fonction de leur richesse calorique et de leur caractère bourratif (Dumas, 2013). La quantité prime donc sur la qualité et 10'000 calories peuvent être largement dépassées au cours d'une seule crise. Le besoin d'engloutir prend le plus souvent le pas sur la recherche de goût et de plaisir (Jeammet, 2004a).

Les spécialistes observent souvent une instabilité émotionnelle chez les jeunes boulimiques. Dans leurs récits, on constate souvent une anxiété chronique, des épisodes d'angoisse aiguë, une sensibilité à la séparation, une intolérance à la solitude et en même temps une tendance à l'isolement et au repli sur soi (Jeammet, 2004a ; Vust, 2012). La crise boulimique peut être consécutive à une contrariété et répond souvent à un sentiment de solitude que la personne aggrave en s'isolant pour manger en cachette et en demeurant seule après la crise, à cause du dégoût d'elle-même qu'elle éprouve (Jeammet, 2004a).

La crise est suivie d'un état de torpeur, de flottement interne, de dépersonnalisation, avec des douleurs physiques violentes et un sentiment de honte, d'inadéquation, de dégoût et de remords. Le sujet boulimique est conscient du caractère anormal de son comportement, de sa peur omniprésente de grossir et de ses stratégies de contrôle du poids (vomissements, laxatifs, diurétiques, coupe-faim, consommés de façon très abusive et la pratique intensive de sport) (Jeammet, 2004a).

« Je vis un enfer depuis 7 ans, je ne peux quasiment rien manger sans le vomir. J'ai eu des périodes d'apaisement, mais les vomissements revenaient plus forts encore après. Je n'arrive pas à m'en sortir. Pourtant, tout va bien dans ma vie, je suis étudiante, j'ai un petit emploi à côté et je vis avec mon ami. Bref, pas d'ombre à l'horizon. J'aimerais que l'on m'aide à comprendre pourquoi ? Comme mon poids reste constant, les médecins ne semblent pas me prendre vraiment au sérieux » (Lou in Getz, 2012, p. 18).

La boulimie est plus difficile à dépister que l'anorexie et elle peut donc passer longtemps inaperçue à cause du poids qui reste souvent normal mais, les conséquences ne sont pas à sous-estimer : il peut y avoir un gonflement inflammatoire des glandes salivaires, les dents deviennent striées à cause de l'acidité du liquide gastrique, des brûlures au bout des doigts peuvent apparaître ainsi que des brûlures d'estomac (Jeammet, 2004a).

Quand on parle de boulimie on parle aussi de compulsion irrépressible et du besoin d'engloutir, d'humeur dépressive et de panique de grossir (Jeammet, 2004a).

C'est la demande qui retentit silencieusement et sous une forme désespérée dans la crise boulimique, car comme le dit Anita « quand je mange j'essaie de manger une bonne chose, une très bonne chose. Je cherche toujours cette bonne, très bonne chose, sans la trouver jamais » disait Anita (Recalcati, 2007a, p. 21, Trad. de l'auteur). Recalcati (2007a) nous explique qu'Anita cherchait donc la Chose - selon sa définition freudienne : la composition entre le désir indestructible et la jouissance - dans la substance, dans l'Objet-nourriture, mais chaque fois elle trouvait la déception de la non-rencontre . La boulimique cherche encore et encore, elle mange encore et encore, jusqu'au fond, jusqu'à l'immonde, au scandale.

La boulimique ne mange pas pour manger mais pour jouir. Recalcati (2007a) nous illustre que le circuit de la jouissance boulimique est un circuit autoérotique et caractérisé d'un trop-plein qui exclut la dimension du manque et du sens.

L'alternance cyclique des « bouffes » et vomissements peut être décrit comme une série continue d'additions et soustractions de jouissance :

+ - + - + - ...

(D'après Recalcati, 2007a, p 59)

Selon la théorie de Recalcati (2007a) le point de départ de cette sérialité est toujours le vide provoqué du signifiant dans le réel, mais il n'y a pas un point d'arrivée sinon la répétition de la série comme fin en soi. Les soustractions correspondent au vomissement et donc à l'évacuation d'un excès de jouissance, alors que l'addition est la voracité boulimique. D'une côté, le vomissement, en vidant le corps de la jouissance, le prépare à un nouvel excès, de l'autre côté, l'acte du vomissement peut être fonctionnel à la jouissance à retrouver le vide. Dans ce sens, la crise boulimique est caractérisée par l'absence de limites, alors que le vomissement préfigure l'action de la fonction paternelle comme instaurateur d'une limite (Recalcati, 2007).

Le sujet boulimique incarne bien le mythe de la consommation : il avale tout et il dévoile à la fin de chaque prise de nourriture la totale inconsistance de son être. Cette modalité nous montre à quel point l'infinie quantité d'objets n'arrive pas à combler la condition de vide du sujet. La boulimique dans ses crises, est complètement renversée par la vague pulsionnelle à l'égard de laquelle elle est totalement impuissante (Guercioni et Nicastri, 2009). Voici quelques lignes d'un témoignage représentatif :

« A un certain moment, pour se sauver, le corps mange de sa propre initiative. Le mien commença à le faire. La passivité avec laquelle je m'exprime est intentionnelle. T'as la sensation d'être possédé, de ne pas avoir une volonté propre, d'être en lutte continue avec ton corps et de perdre. Il veut vivre, tu veux mourir. Vous ne pouvez pas gagner les deux. Et alors, la boulimie se glisse dans la cassure entre toi et ton corps et tu deviens fou de peur. L'ennui est affreux quand à la fin il se revendique. Il t'engloutit et tu sombres » (Hornbacher, 2000, p. 289, Trad. de l'auteur).

Le sujet est tiré dans une spirale frénétique et répétitive caractérisée par l'alternance exténuante de phases boulimiques et de phases anorexiques, il est dominé par l'insatisfaction et l'inextinguible sensation de vide. Chaque crise boulimique augmente le sens mortifiant de honte et d'inadaptation, le sujet est incapable de résister à la tentation des « bouffes », il mange sans contrôle jusqu'à se sentir mal, pour ensuite recourir aux conduites d'élimination comme seul moyen de purification pour préserver l'image idéalisée et rassurante de son propre corps maigre (Guercioni et Nicastri, 2009).

Le parcours de vie de Marie-Noëlle nous montre bien ce phénomène : « Parcours classique, sans doute, de la boulimique de base : j'ai commencé la descente aux enfers par une bonne anorexie, mais pas dramatique, jusqu'au pire où j'ai atteint 42 kg (pour 1m74). La phase maigrichonne a duré six ans [...] [puis] j'ai insensiblement renversé la vapeur. Doucement d'abord, des petites crises voraces sympas. Comme je vomissais tout, j'ai encore maigri. Impeccable. Seulement dans ma tête, ça commençait à sérieusement déjanter, le dégoût s'insinuait sournoisement. [...] Je mangeais de plus en plus, mais je vomissais en proportion, d'où le 42 kg au bout du compte. [...] En cours d'année, chaude alerte, les douleurs devenant de plus en plus violentes, on m'a fait une fibroscopie : multiples ulcérations de l'estomac et surtout, importante fissure de l'œsophage. Le gastro m'a pas caché que je risquais l'hémorragie interne à tout moment. [...] L'entourage commençant à donner tous les signes de la lassitude et de l'impuissance les plus totales, le climat s'est détérioré au point que j'ai pris un appartement, pour pouvoir me laisser [aller] à tous mes débordements alimentaires

sans la culpabilité. Ça fait maintenant un an que je vis seule, un an que mon espace vital s'est réduit au périmètre allant de mon frigo à la cuvette de mes chiottes. Tous les jours, et même jusqu'à cinq fois par jour, c'est cette même impression d'être possédée, d'être happée dans une spirale infernale » (Dumas, 2013, p. 583).

Le maintien d'une maigreur ascétique dans l'oscillation boulimique ne représente donc pas un motif de fierté comme cela arrive dans le moment anorexique ; dans le stade boulimique l'image sèche est gardée à travers une fiction, un bluff, un expédient pour consommer les calories assumées (Guercioni et Nicastri, 2009). Le seul remède est le recours au vomissement ou aux autres conduites évacuatrices. De cette manière, le sujet, malgré le fait qu'il préserve son image maigre, se vit soi-même comme un déchet, un refus et une personne inutile. La boulimie se configure comme un échec des projets anorexiques dont dérive le sens de honte suffocant (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2011).

Souvent la personnalité vive et charmante des boulimiques est, en réalité, un masque qui cache un véritable « enfer quotidien ». Ces « gloutonnes avides sont en fait dévorées par une contrainte interne qui les conduit rythmiquement sinon rituellement à accomplir des festins qui les laissent épuisées et honteuses jusqu'à ce qu'elles recommencent » (Jeammet, 2004a, p. 27). La boulimique, qui vit son corps comme un creux, vide à l'intérieur, tente à tout prix de remplir ce vide et elle recherche des limites corporelles d'une manière angoissante. En tenant compte du registre de l'identité, cette pathologie renvoie par conséquent, à un questionnement de contenant-contenu, notamment au problème du dedans et du dehors et des frontières spatiales et fantasmatiques du corps (Anzieu, 1995). Dans ce sens, comme l'explique bien Recalcati (2011), le sentiment affectif de la boulimique est marqué par une profonde dépression, des vécus d'indignité morale et d'inadéquation et d'un sens de culpabilité dévorant qui ne donne jamais de trêve à l'individu.

Enfin, la vraie peur d'une anorexique est d'être renversée par une faim boulimique et ce qui nous permet de constater que ces deux troubles mentaux ne sont pas si opposés. Avec le contenu du prochain chapitre nous voudrions souligner la dialectique entre anorexie et boulimie qui finalement se révèle être deux manifestations d'une même oscillation.

2.1.3. Anorexie et boulimie: deux côtés d'une même médaille

Comme nous pouvons le voir dans le tableau récapitulatif ci-dessous, l'anorexie mentale et la boulimie paraissent complètement opposées :

LA DIVERGENCE APPARENTE ENTRE ANOREXIE MENTALE ET BOULIMIE	
ANOREXIE MENTALE	BOULIMIE
Facile à diagnostiquer et reconnaissable physiquement	Moins visible, poids normal
Restriction alimentaire	Besoin d'engloutir, stratégies compensatoires
Déni de la maigreur, méconnaissance et absence d'inquiétude	Conscience du caractère anormal de son propre comportement
Privation engendrant la maîtrise, sentiment de puissance grisant	Excès, absence de limites, compulsion incontrôlable
Distorsion massive de la perception de la réalité du corps. Clivage. Dédoublement de la personnalité	Pas de distorsion massive de la perception du corps
Personnalité sensée, brillante, responsable, réservée. Manipulation de l'entourage	Vives et charmantes, disponibilité affective (illusoire)
Perfectionnisme, maîtrise, contrôle, caractère obsessionnel, hyperactivité, diminution du temps de sommeil et absence de fatigue	Sautes d'humeur, honte, dégoût de soi-même, vulnérabilité à la dépression et impulsivité
Sous poids, maigreur avec danger pour la vie, aménorrhée	Poids normal ou surpoids, dommages de l'appareil digestif

(D'après Jeammet, 2004a)

Mais sommes-nous certains que cette opposition soit si nette ? La clinique nous montre que les adolescentes anorexiques et boulimiques ont de nombreuses caractéristiques communes : elles sont les deux, en nous appuyant sur les mots de Jeammet (2004a), des « passionnées de la bouffe », dans le sens qu'elles ne pensent qu'à cela, la nourriture représente pour elles un objet d'obsession. Elles aiment faire manger les autres, elles connaissent par cœur les calories des aliments et les deux sont préoccupées de manière exagéré par l'image de leur corps et de grossir. Ensuite, dans les deux cas l'idée de n'être jamais assez maigres domine et maigrir devient un idéal à poursuivre sans relâche (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Jeammet, 2004a).

A cet égard, selon Jeammet (2004a), « l'anorexie et la boulimie forment un couple de comportements qui, s'ils paraissent opposés, sont profondément semblables. L'un n'est que l'image inversée de l'autre. En fait, l'un ne va pas sans l'autre. L'anorexique vit dans la peur de devenir boulimique et la boulimique rêve de devenir anorexique, l'une comme l'autre pressentant le lien qui les unit » (Jeammet, 2004a, p. 30).

Dans l'imaginaire commun, anorexie et boulimie sont identifiés comme deux maladies différentes et donc comme deux conditions opposées : le rien et le trop. Cependant, une réflexion plus approfondie montre à quel point cette opposition peut être faible : les deux points marqués sur les angles opposés d'un même papier peuvent être liés par une ligne droite et l'opposition devient continuité. On pourrait également penser aux branches d'un arbre qui poussent en suivant des directions diverses, mais qui naissent du même tronc et qui enfoncent leurs racines dans le même sol, dans le même chagrin. Nous pouvons donc parler de ces deux pathologies comme deux côtés de la même médaille, où la continuité se trouve dans l'évolution même de la maladie (Guercioni et Nicastri, 2009). L'anorexie réalise la maîtrise à travers une identification idéalisée et une pratique de privation, alors que la jeune boulimique vit son naufrage par l'irruption du réel pulsionnel sur la scène de l'Idéal, ou elle manifeste le clivage du système qui cède sous une compulsion de répétition déréglée (Recalcati, 2007a). Le concept de jouissance est fondamental dans les troubles alimentaires où l'on retrouve un mélange de plaisir et de souffrance. Il y a des situations où le sujet répète énigmatiquement des expériences douloureuses, cet attachement au mal est la compulsion de la répétition décrite en psychanalyse (Guercioni et Nicastri, 2009).

Cette continuité entre anorexie et boulimie apparaît tout d'abord dans l'évolution même de la maladie, en effet dans les deux manifestations du trouble, le début prend une forme anorexique où le malaise est manifesté à travers le refus, plus ou moins tranché, de la nourriture associé à l'attention croissante au poids et à sa propre image (Recalcati, 2011). En d'autres mots, dans un premier temps, l'apparition d'une perturbation au niveau alimentaire a tendance à être caractérisée par une configuration anorexique restrictive. Cette phase peut par la suite évoluer en anorexie plus ou moins sévère, qui comporte une exaspération de la condition précédente, ou se transformer en boulimie avec un renversement de la volonté disciplinaire et de la pulsion, dû à la perte de contrôle sur l'objet. On ne peut pas vivre sans manger et après une conduite restrictive la faim fait irruption en laissant la place à une défaillance violente et catastrophique (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2011).

L'histoire clinique confirme la circularité fréquente entre périodes anorexiques et périodes boulimiques. Elle nous montre que la boulimie est toujours l'échec de l'anorexie. L'alternance de ces deux temps dans un cercle vicieux entraîne le sujet dans un tourbillon où règne la même insatisfaction et la même sensation de vide inextinguible (Recalcati, 2011). C'est par le passage régulier d'un trouble à l'autre que l'on peut dire qu'anorexie et boulimie peuvent être comorbides dans la majorité des cas (Dumas, 2013).

Un témoignage nous montre bien le paradoxe qui caractérise les troubles de conduites alimentaires typiques :

« [...] Ben ça a foiré, ne rien manger ou manger et faire une crise boulimique, j'avais rien mangé de la journée mais je voulais manger ce soir car je sais que mon corps en a besoin. Résultat : repas boulimique et nausée terrible, je n'ai plus qu'à entendre [sic] d'être seule pour me vider, d'ici 20 minutes j'espère. 1 tarte aux poireaux (entière), une assiette de salade, d'une tarte aux pommes, un yaourt à la fraise, 6 BN. Total de la crise : au environ [sic] de 3000 calories. Je fais comment ? Je suis maintenant dans l'alternance totale de deux troubles, l'anorexie et la boulimie, restriction... crise... restriction, crise, je préfère l'anorexie totale, je me sentais moins malade. Les crises m'usent, j'ai l'estomac et la tension dans les talons » (Anonyme in : Dumas, 2013, p. 569).

En suivant la thèse de Recalcati (2007a) séparer la boulimie de l'anorexie, ou vice-versa, dégrade la possibilité de définir la logique du discours anorexique-boulimique. L'évolution de l'anorexie à la boulimie n'annule pas la fonction régulatrice de l'Idéal anorexique du corps maigre, car en réalité il continue à gouverner aussi la boulimie. La stratégie compensatoire du vomissement a, en effet, pour finalité de préserver cette image du corps maigre (Recalcati, 2007a). A cet égard, en reprenant la pensée de Lacan, Recalcati (2007a) considère la boulimie comme un dialecte de l'anorexie : la langue maternelle reste celle de l'anorexique et la position boulimique est un déraillement du projet anorexique. La boulimie représente donc un effondrement fatal, même si elle ajoute la jouissance de la pulsion orale à la privation masochiste de l'anorexique (Recalcati, 2007a).

2.2. Les troubles de conduites alimentaires atypiques

Les chapitres précédents servent d'introduction au thème spécifique de ce travail, à savoir les troubles alimentaires atypiques qui sont ces formes alimentaires qui ne répondent pas aux critères spécifiques requis pour le diagnostic de l'anorexie ou de la boulimie.

Nous avons mentionné, à ce propos, qu'outre l'anorexie mentale ou la boulimie il existe de nombreux comportements à risque sur le continuum des manifestations des troubles de conduites alimentaires que le DSM-IV-TR (2004) catégorise dans les troubles des conduites alimentaires *non spécifiés* et la CIM 10 (1993) les nomme comme *autres, atypiques* ou *sans précision* (Petitpas et Jean, 2011 ; Vust, 2012). La classification du DSM-IV-TR (2004) a pour limite de laisser de côté tout un arsenal de manifestations partielles ou mixtes des troubles alimentaires. La clinique nous montre en effet que les formes subsyndromiques sont souvent plus fréquentes que les manifestations pures du problème alimentaire (Petitpas et Jean, 2011 ; Recalcati, 2007a).

Nous soulignons que tout ce que nous avons exposé sur les troubles typiques reste aussi valide pour les formes atypiques car, même si elles sont caractérisées généralement par moins de manœuvres de compensation, il a été constaté que nombreux éléments propres aux troubles atypiques se retrouvent également dans l'anorexie mentale et la boulimie (Vust, 2012).

Vust (2012) constate que de plus en plus d'adolescentes ont une alimentation déséquilibrée, abusent de régimes, ou encore, se font vomir régulièrement. Ces sujets ne sont ni franchement boulimiques, ni franchement anorexiques, mais souffrent de troubles alimentaires atypiques. Les experts observent une fréquence grandissante des troubles de conduites alimentaires atypiques (Vust, 2012 ; Vust et Michaud, 2008). Aujourd'hui, ils seraient jusqu'à cinq fois plus fréquents que les troubles typiques, et les spécialistes font face à une difficulté : les reconnaître et les différencier (Vust, 2012). Au niveau épidémiologique, plusieurs études évaluant l'insatisfaction liée à l'image du corps et les stratégies restrictives liés au poids, nous montrent l'évolution et l'augmentation des pourcentages avec l'âge et leur prévalence fortement féminine (Currie et al., 2012 ; Keller et al., 2012 ; Narring et al., 2004). Selon Vust et Michaud (2008) ces éléments constituent un facteur de risque pour le développement d'un trouble alimentaire.

Vust (2012) considère que ces troubles atypiques, même s'ils n'ont pas la sévérité de l'anorexie mentale et de la boulimie, constituent des problèmes de santé qui témoignent d'une souffrance psychologique et qui entraînent une diminution du fonctionnement global. Les adolescentes qui consultent pour un TCA atypique ont en outre souvent des comportements caractérisés par une alternance de phases de contrôle et de temps où la pulsion prend le dessus de façon incontrôlable (Vust et Michaud, 2008). Par conséquent, les EDNOS causent une souffrance intérieure profonde et considérable, même si les répercussions corporelles et sociales sont généralement moins fortes que celles des troubles typiques (Vust, 2012 ; Petitpas et Jean, 2011 ; Schmidt et al., 2008).

Malheureusement ces types de troubles sont très souvent ignorés par l'entourage, mais ils sont surtout tenus secrets par les sujets atteints à cause de leur honte insupportable (Vust et Michaud, 2008).

La recherche qualitative de Sophie Vust (2012) nous permet d'accéder à la réalité clinique vécue par des jeunes patientes qui, de manière générale, sont unies par une préoccupation constante concernant leur poids, leur apparence et la nourriture, par une faible estime d'elles-mêmes et par « une importante dépendance du regard d'autrui, avec le désir de se montrer conformes à ce qu'elles supposent être attendu d'elles » (Vust, 2012, p. 19).

Plusieurs filles parlent de la lutte qu'elles mènent contre ce trouble à travers ces témoignages :

« Je ne pensais qu'à manger, j'avais du mal à me concentrer sur mes études parce que ça m'occupait le 80% de mon temps » (J. in Vust, 2012, p. 67).

« Je n'arrivais vraiment pas à contrôler alors je rationalisais en me disant : "C'est pas grave, j'arrêterai demain". Vraiment je ne pouvais rien faire sur le moment pour éviter la crise. Et ensuite, dans cet état, c'était un tel soulagement de manger. Ensuite, bien sûr, c'est là où je me sentais mal » (F. in Vust, 2012, p. 64).

« Les crises, c'étaient vraiment pour compenser plein de frustrations [...] » (A. in Vust, 2012, p. 72).

« Bon, elles arrivaient majoritairement quand j'étais... on va dire... quand je me sentais piégée en fait » (I. in Vust, 2012, p. 73).

« La vie, c'était... infernal... Ne tout simplement plus vivre, devoir se cacher, devoir aller à l'école en courant parce qu'on a mangé tellement qu'on est en retard, parce qu'on n'a pas dormi toute la nuit en se culpabilisant de la crise de la veille, monter 10 fois les escaliers de sa maison, tout simplement ne plus pouvoir manger avec les gens, être malade tout le temps, être fatigué, et simplement ne plus avoir de plaisir, se trouver affreuse enfin, tout ça. » (Ju. in Vust, 2012, p. 71).

Comme il s'agit d'une catégorie où l'on met le « restant » il faut s'attendre à ce qu'elle contienne des sujets avec une variété importante de problèmes et de symptômes (Norrington et Palmer, 2005). Dans la littérature que nous avons pris en compte pour ce travail, nous n'avons pas trouvé une distinction interne qui classe les manifestations de ces maladies du comportement alimentaire atypique. Par conséquent, nous nous permettons ici, vu la grande hétérogénéité des troubles de conduites alimentaires atypiques, de les répartir en deux grandes branches : les TCA atypiques « restrictifs » et les TCA atypiques « hyperphagiques », là où chaque section présente plusieurs manifestations du trouble.

À notre avis, distinguer ces troubles en restrictifs et hyperphagiques nous permettra d'avoir une vue plus claire et de mieux les insérer dans le continuum des troubles alimentaires.

Toutefois, divers problèmes dont les phénomènes de pica³, de chocolatomanie⁴, de bigorexie⁵, de carpophobie⁶ ou d'autres phobies alimentaires ne seront pas abordés dans ce travail en raison de leur rareté et par souci de concision.

2.2.1. Les TCA atypiques « restrictifs »

Les troubles alimentaires atypiques restrictifs sont caractérisés par un évitement de la nourriture ou par un refus de certains types d'aliments.

Nous considérons comme restrictifs l'anorexie atypique, l'orthorexie et la drunkorexie.

Les anorexies atypiques

Il s'agit des troubles qui présentent un tableau partiel d'anorexie mentale et donc soit, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents, mais les règles persistent, soit il manque une peur importante de grossir, soit, tous les critères de l'anorexie mentale sont présents mais l'indice de masse corporelle (IMC) reste stable, dépassant de peu les 17,5 (DSM-IV-TR, 2003 ; CIM-10, 1994).

Nous estimons que, même s'il s'agit d'une forme moins claire par rapport à l'anorexie mentale, ce que nous avons expliqué pour la forme typique reste ainsi valide pour l'anorexie atypique.

L'orthorexie

L'orthorexie - du grec composé par *orthos*, qui signifie "correct" ou "droit" et *orexis* et donc "appétit" - est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par l'obsession d'une alimentation saine et elle était identifiée en 1997 par Steve Bratman (Petitpas et Jean, 2011). Aujourd'hui, ce trouble fait l'objet d'étude mais il n'est pas encore reconnu

³ Le pica selon la CIM-10 (1994) est un trouble alimentaire qui se caractérise par l'absorption continue dans le temps d'objets non comestibles et non nutritives comme la terre, la sable, le papier, le bois etc..

⁴ La chocolatomanie est un comportement obsessionnel par rapport à l'ingestion de chocolat (Petitpas et Jean, 2011)

⁵ La bigorexie est une maladie mentale qui concerne surtout les hommes dépendants d'une pratique excessive du sport. Consulté (le 26/03/2015) à <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/7365-sport-et-bigorexie-attention-aux-exces>

⁶ La carpophobie est une forme rarissime de phobie, caractérisée par une peur irrationnelle des fruits. Consulté (le 25/03/2015) à <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/38352-peur-des-fruits-carpophobie-definition#q=carpophobie&cur=1&url=%2F>

officiellement par la médecine comme pathologie (Zamora, Bonaachea, Garcia Sanchez et Rios Rial, 2005). En ce qui concerne la fréquence du trouble, Bratman et Knight (2001) soupçonnent que l'orthorexie est un trouble alimentaire beaucoup plus commun et fréquent par rapport aux troubles typiques.

Il s'agit de l'obsession de la qualité des aliments ingérés, les notions de pureté, de contamination, d'attention extrême sont très présentes et reviennent souvent dans les discours de ces sujets. Les personnes ne sont généralement pas concernées par leur poids, mais elles veulent plutôt se sentir "pures", elles ont une tendance hygiéniste et hyper-salutiste (Apfeldorfer, 2004 ; Bratman et Knight, 2001 ; Petitpas et Jean, 2011 ; Recalcati, vidéo 2014 ; Zamora et al., 2005). Comme Apfeldorfer (2004) nous l'explique bien, il s'agit de ces sujets qui sont « la manifestation d'un nouveau puritanisme, d'une intolérance aux plaisirs gratuits, aux petites joies simples et sans prétention de l'existence » (p. 1).

Celui qui souffre de ce trouble alimentaire consacre plusieurs heures par jour à réfléchir à son régime dans le but d'écarter les additifs, les colorants, les conservateurs, la malbouffe produite par l'industrie agroalimentaire (Apfeldorfer, 2004 ; Bratman et Knight, 2001). Ces sujets considèrent « ainsi qu'il existe des aliments impurs, ou malsains, qui valent à la personne qui les consomme d'être contaminée voire "polluée" » (Petitpas et Jean, 2011, p. 33). Outre à l'obsession de la qualité des aliments à consommer il apparaît aussi des problèmes plus métaphysiques : « le gras est-il diabolique, ou existe-t-il du bon et du mauvais gras ? Le bon gras est bon, mais il fait grossir autant que le mauvais... Que penser des sucres ? Le saccharose et les patates sont diaboliques, mais le pain, même complet, le riz, même basmati, sont eux aussi faits de glucides. Trop blanche, la farine perd ses sels minéraux, si importants, mais aussi ses pesticides, si toxiques. Il faut donc rechercher les boulangers qui utilisent des farines bio, provenant de céréales cultivées dans des champs irrigués par des eaux garanties sans pesticide. » (Apfeldorfer, 2004, p. 1).

C'est ainsi que manger trop sain devient malsain et que tout se complique.

Ensuite, pour l'orthorexique, manger, c'est se soigner, et tout aliment est conçu comme un alicament⁷. On peut la définir une vraie « religion de la santé » : l'adolescente est persuadée que tout ira bien si elle arrive à se nourrir idéalement, en préservant sa pureté corporelle sans jamais déroger (Apfeldorfer, 2004 ; Bratman et Knight, 2001).

« Dès lors, les dogmes rigides des "diétogourous" de tout poil séduisent : il est tentant de se faire végétarien, végétalien, granivore, crudivore, hygiéniste ou macrobiotiste. L'orthorexique erre, à la recherche du régime idéal » écrit Apfeldorfer (2004, p. 1) dans son article. C'est ainsi que son alimentation épurée a tendance à l'éloigner de son

⁷ Aliment considéré comme particulièrement bénéfique pour la santé (Dictionnaire Larousse online).

entourage, y compris sa famille et ses amis, qui eux continuent de s'empoisonner (Apfeldorfer, 2004 ; Bratman et Knight, 2001).

Nous avons choisi de « cataloguer » l'orthorexie comme trouble restrictif car, même si les sujets ne sont pas obsédés par la quantité de nourriture absorbée, il y a tout une tranche d'aliments qu'ils écartent et ils sont limités dans leur choix quand ils ne mangent pas chez eux.

La Drunkorexie

Les termes « drunkorexie », ou « alcoolorexie » ont été créés en 2008 par les médias populaires, pour décrire la restriction alimentaire en vue de pouvoir consommer plus d'alcool sans prendre du poids (Burke, Cromeens, Vail-Smith et Woolsey, 2010). Il est un nouveau trouble alimentaire pas encore reconnu par les classifications diagnostiques et il s'agit d'une pratique qui mêle l'alcoolisation massive et l'anorexie mentale et qui consiste à remplacer des repas par l'ingestion excessive d'alcool. Les recherches montrent que les sujets atteints de ce nouveau phénomène clinique, sont un nombre croissant d'étudiants dont surtout des filles (Burke, Cromeens, Vail-Smith et Woolsey, 2010 ; Chambers, 2008).

Enfin la recherche américaine de Osborne, Sher et Winograd (2011) dénonce les risques physiques et cognitifs de cette pratique qui peut aussi amener à une augmentation de la violence.

2.2.2. Les TCA atypiques « hyperphagiques »

Les troubles du comportement alimentaire atypiques liés à l'avidité peuvent être expliqués comme des problèmes où le sujet manifeste une addiction à la nourriture et n'a pas habituellement recours aux mesures compensatoires. Ils peuvent avoir diverses manifestations qui sont toutes liées à une prise de poids souvent importante et qui enclenchent une grande souffrance en lien avec l'image de soi (Vust in Getz, 2012).

Les boulimies atypiques

La boulimie atypique couvre un tableau partiel de la boulimie nervosa où tous les critères de la boulimie sont présents mais les crises boulimiques, ou les moyens compensatoires inappropriés, surviennent à une fréquence inférieure à deux par semaine, ou pendant une période de moins de trois mois (DSM-IV-TR, 2003 ; CIM-10, 1994).

Selon la CIM-10 (1994) il s'agit aussi de ces troubles caractérisés par des accès hyperphagiques récurrents et par une utilisation excessive de laxatifs, mais sans un changement significatif de poids, ou sans une préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

Même dans ce cas, tout ce que nous avons expliqué par rapport aux formes boulimiques typiques est valide aussi pour la boulimie atypique.

Le binge eating disorder

Le *binge eating disorder*, ou autrement dit hyperphagie boulimique ou fringale compulsive, est un des troubles alimentaires atypiques plus fréquents. Il s'agit d'une réponse comportementale à une sensation impérieuse de faim qui se caractérise par des épisodes récurrents de crises boulimiques ou des grignotages avec l'absence des méthodes compensatoires telles que vomissements auto-induits, prise des diurétiques ou des laxatifs ou activité physique excessive. Il s'agit de périodes d'alimentation incontrôlée, impulsive ou continue - souvent provoquée par le fait d'être sans cesse au régime - et des périodes de semi-jeûne ou de régimes amaigrissants répétitifs. Ensuite, comme dans la boulimie on trouve la même perte de maîtrise sur l'alimentation (Geliebter, 2002 ; Getz, 2012 ; Petitpas et Jean, 2011).

Ce trouble alimentaire atypique a été décrit par Albert Stunkard dans les années 50, mais cette affection n'a reçu une attention générale que depuis ces dernières années (Geliebter, 2002). Le diagnostic de l'hyperphagie boulimique est reconnu dans le DSM-IV-TR : « à la différence de la Boulimie (*Bulimia nervosa*) où des moyens compensatoires inappropriés sont employés pour contrecarrer les effets des crises de boulimie, aucun moyen de ce type n'est régulièrement utilisé dans l'Hyperphagie boulimique. Il est fréquent au cours d'épisodes du Trouble dépressif majeur que les sujets mangent trop, mais ils ne le font habituellement pas de façon boulimique » (DSM-IV-TR, 2003, p. 905). Ces attaques doivent survenir aux moins deux fois par semaine durant 6 mois pour remplir les critères diagnostiques d'hyperphagie boulimique (DSM-IV-TR, 2003).

Ensuite, nous pensons que la "sitiomanie" (du grec *sition* = nourriture) rentre dans la manifestation du *binge eating disorder*. Ce trouble en effet se manifeste par un besoin impérieux d'ingérer une grande quantité d'aliments, mais contrairement aux boulimiques, ces sujets n'ont pas nécessairement de périodes de purge à travers les vomissements

forcés. La sitiomanie se manifeste surtout par une prise de poids, par des troubles de l'humeur, de l'anxiété et par un retrait social.⁸

A ce propos voici l'exemple de Patricia:

« Je souffre d'hyperphagie depuis quatre ans et je n'arrive pas à sortir de ce cercle vicieux. J'ai pris 10kg en une année et je n'arrête pas de prendre du poids. Je pense toute la journée à manger. Chaque jour, je me dis que, à partir de maintenant, je me contrôle, je ne vais pas craquer, ça va aller... parfois, j'arrive à tenir quelques jours. Puis tout recommence, je n'arrive plus à me contrôler et j'ai tellement honte ! Je me sens si mal, je ne sais plus quoi faire. Je veux juste pouvoir me sortir de là et me sentir normale » (Getz, 2012, p. 13).

Dans le DSM-5 (2013), le *binge eating disorder* n'apparaît plus comme un trouble atypique mais comme un trouble à part entière.

Le mérycisme

Le mérycisme (du grec *merikistemos* = "ruminant"), habituellement décrit chez l'enfant, est considéré comme exceptionnel chez l'adulte et dans ces cas il est souvent associé à l'anorexie mentale ou à la boulimie (Rigaud, 2010). Le sujet mâche de grandes portions de nourriture sans les avaler et recrache (DSM-IV-TR, 2003). Il s'agit du retour provoqué des aliments, de l'estomac vers la bouche, afin d'être mastiqués à nouveau, mais il ne s'agit pas d'un vomissement, ni d'un reflux gastro-oesophagien (Rigaud, 2010). Le sujet atteint de mérycisme « mange » en cachette et cette conduite témoigne le plus souvent d'un trouble profond de la personnalité (Jeammet, 2004a). Selon Rigaud, « la rumination est issue d'une pensée, parfois inconsciente, d'obtenir du plaisir en « reprenant » dans la bouche des aliments qui sont passés par elle, sans en mettre en bouche de nouveaux » (2010, p. 1). Ceci se fait aussi pour éviter de grossir mais le besoin irrésistible qui sous-tend l'acte du mérycisme est en réalité celui de retrouver encore le plaisir que le sujet a eu avec les aliments avalés quelques instants auparavant (Rigaud, 2010).

Le syndrome de l'alimentation nocturne

Le syndrome de l'alimentation nocturne était déjà décrit dans les années cinquante par Albert Stunkard, mais a été ignorée jusqu'à récemment (Geliebter, 2002).

⁸ <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/39376-sitiomanie-definition> consulté le 25/03/2015

La personne souffrant de ce trouble se réveille périodiquement au cours de la nuit et ne peut se rendormir qu'après avoir avalé une copieuse collation, dont il n'a qu'un vague souvenir le lendemain (Petitpas et Jean, 2011).

Les mesures restrictives, utilisées pendant la matinée, peuvent provoquer des crises boulimiques au soir, mais une autre situation déclenchante peut être l'insomnie (Stunkard et al., 1996). Voici quelques lignes d'un témoignage laissé dans un forum à 5h du matin :

« [...] je me réveil [sic] toutes les nuits et vais aussitôt manger (en général je mange ce que je prendrai au petit déjeuner : du pain avec beurre/confiture, compote..., en quantité assez copieuse). Je précise que je n'ai pas faim à ce moment-là. Je ne prends même plus la peine de lutter contre ce comportement nocturne sous peine de ne pas réussir à me rendormir et d'accumuler de la fatigue. (j'ai essayé de lutter quelques fois [sic] mais je me réveillais ensuite toutes les heures ou demi-heures). Et lorsque je me lève le matin, je ne remange pas (mais cela me frustre et j'attends alors avec impatience l'heure du déjeuner, ce qui monopolise mes idées) » (Laurence, 2013, avril).⁹

Selon Alison, Grilo, Masheb et Stunkard (2005) ce trouble, comme aussi le *binge eating disorder*, prédispose le sujet à être en surpoids, et selon Geliebter (2002) on retrouve ce syndrome chez le 15% de patients obèses. A ce propos, Catherinen (2014, février) témoigne avec ces mots : « Je suis devenue obèse grâce à lui [le trouble], en passant vingt ans de ma vie à me lever la nuit pour manger. J'ai même été jusqu'à essayer de prendre des somnifères, que j'ai arrêté très rapidement quand je me suis aperçue que je me levais la nuit sous somnifères pour manger et que je ne m'en souvenais plus. Trouver les paquets vides dans la poubelle m'a prouver [sic] que je mangeais même sans en avoir conscience »¹⁰.

Le grignotage compulsif

Le grignotage compulsif est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par des prises alimentaires répétées par petites quantités, à intervalles réguliers et en dehors des repas. Ce comportement peut s'étendre sur toute la journée et la sensation de faim n'est, généralement, pas présente. Il s'agit d'aliments-plaisir (comme le chocolat, le pain, les gâteaux...) et l'ingestion est suivie d'une satisfaction, mais cette satisfaction ne dure pas longtemps et le besoin se fait très vite sentir à nouveau (Petitpas et Jean, 2011).

⁹ Consulté le 24/04/2015 à <http://www.linecoaching.com/content/je-mange-de-nuit>

¹⁰ Consulté le 24/04/2015 à <http://www.linecoaching.com/content/je-mange-de-nuit>

Normalement les sujets atteints d'un trouble alimentaire atypique présentent un poids qui reste dans la norme, voire au-dessus et ils ont en commun le besoin de s'isoler lorsque les crises surviennent, en mangeant par conséquent en cachette. Qui souffre d'un TCA atypique hyperphagique vit souvent, après l'excès alimentaire, des forts sentiments d'honte, de dégoût envers soi-même et de remords, comme c'est le cas dans la boulimie (Jeammet, 2004a ; Vust, 2012). Surtout en ce qui concerne les conduites alimentaires atypiques hyperphagiques on retrouve habituellement la culpabilité, l'impuissance, une basse estime de soi et des vécus dépressifs (Guercioni et Nicastri, 2009). Les lignes qui suivent démontrent la souffrance due au manque de valeur et de confiance en soi vécus par beaucoup d'adolescentes :

« Ma meilleure amie, je lui disais tout le temps "t'as pas honte d'être avec moi, t'as pas honte", j'étais sûre que les gens avaient honte d'être avec moi en fait. » (L. in Vust, 2012, p. 77).

« C'est que des contraintes en fait, je ne me sentais jamais libre en fait, déjà j'ai toujours eu aucune confiance en moi et j'ai besoin de faire dix fois les choses pour être rassurée [...]. Et à côté de ça, j'ai un énorme besoin d'être reconnue, d'être validée par de gens plus hauts que moi ou que je mets plus hauts que moi, et je suis tout le temps, on va dire, en demande de lien, avec les professeurs par exemple... et il y a aussi d'autres pressions en moi, des peurs... je suis tout le temps en train de ressasser en fait... j'ai tout le temps un regard rétrospectif, c'est incroyablement fatigant. » (I. in Vust, 2012, p. 134).

La clinique démontre la présence toujours plus fréquente des manifestations mixtes, d'où l'importance de les considérer selon une vision plus large, car les symptômes partiels peuvent progresser vers la totalité des critères diagnostics (Petitpas et Jean, 2011 ; Recalcati, 2007a).

Enfin, toutes ces informations nous permettent de poser un cadre descriptif du phénomène anorexique-boulimique dans ses formes atypiques, en vue de poser des bases pour mieux pouvoir accéder à la complexité du fonctionnement psychique des adolescentes atteintes d'une des manifestations des troubles du comportement alimentaire atypique.

CHAPITRE 3

LA SPÉCIFICITÉ DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE CHEZ LES ADOLESCENTS AVEC UN TROUBLE ALIMENTAIRE ATYPIQUE

Si on pense à la prise en charge des troubles alimentaires atypiques nous avons la nécessité de nous demander quelles sont les spécificités du fonctionnement psychique chez les adolescentes atteintes de ces troubles d'un point de vue psychanalytique et ce que ces éléments ont comme implications sur les possibilités d'un travail thérapeutique individuel et/ou de groupe.

3.1. Les circonstances typiques du commencement des conduites alimentaires atypiques

La nature complexe du trouble alimentaire, typique ou atypique, ne permet pas d'arriver à une cause déclenchant le phénomène anorexique-boulimique. Nous pouvons ainsi parler, grâce à la clinique, d'une multiplicité de circonstances typiques qui produisent et donnent lieu à la manifestation de cette pathologie alimentaire (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2002 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Une de ces circonstances est la rencontre avec le thème de la sensibilité du genre : la souffrance pour les troubles alimentaires est au féminin, les données épidémiologiques montrent clairement que le pourcentage d'hommes est minime. Grâce à la clinique nous pouvons voir à quel point ce trouble alimentaire concerne intimement la position féminine. L'homme et la femme ne mangent pas de la même façon, les garçons par rapport aux filles ne remettent pas le corps en cause de la même façon et le rapport à la nourriture n'est pas le même dans les deux sexes (Recalcati, 2007). Normalement, quand l'homme a un problème, son malaise se répercute au niveau mental, par contre il apparaît que la femme le manifeste plutôt au niveau du corps et change son rapport à la nourriture. Le rapport au miroir chez une femme ne trouve pas d'équivalent chez l'homme : le rapport à l'image a une spécificité absolue chez la femme (Recalcati, 2007). Même s'il y a des rares cas de troubles alimentaires qui touchent l'homme, selon Recalcati (2011), ces pathologies continuent à concerner le monde féminin pour trois raisons en particulier. La première montre que dans notre civilisation l'identité d'une femme est étroitement liée à son image et à sa manière d'apparaître ; la deuxième concerne le développement psychosexuel féminin qui n'est pas égal à celui masculin : l'objet d'amour

pour un jeune garçon est toujours le même et la mère en constitue la matrice fondamentale. Alors que l'objet d'amour dans la jeune fille est obligé de subir un changement : de la mère, dans un premier temps, au père, avec l'accès à la sexualité féminine et par conséquent l'objet d'amour doit être perdu pour accéder à l'hétérosexualité (Recalcati, 2011 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). La troisième raison est qu'une femme pour amour, pour pouvoir être la seule pour l'Autre, est disposée à risquer tout ; la logique masculine par contre est habituellement calculée et planifiée. La jouissance de l'homme tend à s'inscrire dans une logique phallique et donc une logique de l'accumulation et de l'avoir, alors que la femme se trouve dans une condition d'un être qui "manque" puisque la mère est l'expression de l'avoir et la femme est l'expression du "non avoir" (Recalcati, 2011).

On peut donc voir deux acteurs sur la scène : une femme et la nourriture. Une femme qui dévore la nourriture ou qui la refuse, ou encore qui fait les deux en alternance (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Recalcati et Zuccardi Merli (2006) mettent en évidence la manière toute féminine de se mettre en relation avec ses parents, avec son propre corps, avec son image publique et privée, avec le champ de l'amour et de la sexualité et encore avec la nourriture et avec l'idéal de la beauté. Nous faisons ici allusion, en reprenant Winnicott (1996 ; 2010), à la relation étroite entre manger et le doute sur l'amour des *caregivers*, et quand il y a ce type de doute il y a aussi quelque chose qui se ferme, phénomène très évident dans les conduites alimentaires restrictives où très souvent l'adolescente refuse la nourriture pour voir la réaction de l'Autre.

A partir de cela, un lien avec le champ de la place du corps et de la sexualité à la puberté peut être fait. Durant cette période le corps se situe au centre de la problématique de l'individu et les changements physiques sont bien souvent vécus de manière angoissante (Vust, 2012). Le trouble peut se déclarer comme réponse à la rencontre traumatique avec la réalité de son propre corps sexué mais aussi à celui de l'Autre. Recalcati (2002), à ce propos, amène l'exemple de différentes patientes souffrant de conduites alimentaires restrictives où le trouble se révèle lié à la découverte traumatisante de la jouissance de leurs pères et où la graisse est mise en connexion avec le sexe effréné et obscène.

L'adolescente atteinte d'une pathologie alimentaire n'accepte pas son propre corps et refuse sa féminité, le traumatisme est radical car la puberté est une expérience qui échappe qui ne peut pas être maîtrisée, le corps ne peut pas être contrôlé, et l'adolescente voit son propre corps se transformer indépendamment de sa propre volonté

(Guercioni et Nicastri, 2009). Il s'agit ici d'un refus de la réalité du corps comme champ de développement et de réalisation de la sexualité.

Une autre circonstance importante est liée à la séparation qui est presque toujours lié à une expérience de détachement. Dans plusieurs études cliniques des chercheurs des Centres Jonas il a été démontré que des modifications de l'équilibre familial, comme des pertes affectives et des séparations, peuvent être la cause déclenchante de la pathologie alimentaire (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007 ; Terminio, 2013). Nous pouvons rencontrer la séparation sous des formes différentes comme des changements de domicile, d'école ou de pays qui sont souvent vécues comme imposées par l'Autre. Le refus de la nourriture apparaît alors comme une dissension avec l'Autre, pour dire « non » et pour se dissocier des décisions de l'autre et conquérir une place personnelle où la volonté de l'Autre ne peut pas agir (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Vust, 2011). Recalcati (2002) nous rappelle que le trouble alimentaire se développe très souvent en coïncidence avec des voyages à l'étranger et dans des situations de séparation de l'adolescente avec sa famille. Dans ces cas « le sujet n'est pas confronté au corps comme champ de la jouissance, mais plutôt à la séparation de l'Autre » (Recalcati, 2002, p. 90, Trad. de l'auteur) et le trouble se révèle comme une défense et un deuil de la séparation.

Une autre forme de séparation peut être la perte d'un être cher et dans ce cas le trouble représente un échec de l'élaboration du deuil subi : le sujet maintient une forte identification avec l'objet perdu et, à la place d'opérer une séparation symbolique, il réalise une séparation de la vie elle-même à travers la maladie (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007). Avec la perte d'un cher nous nous référons ici aussi à ces pertes des relations complémentaires avec un sorte de double, cela peut être le cas d'un frère ou d'une sœur qui, après avoir tenu ce rôle, commencent à vivre leur vie de leur côté (Jeammet, 2004a). De cette manière, en perdant sa complétude narcissique, le sujet se sent perdu et cela le renvoie à son incomplétude.

Le période de la puberté, et donc de l'adolescence, représente elle aussi un vrai moment de séparation qui implique un éloignement et un chamboulement de l'équilibre préexistant du sujet. Le temps de la puberté contient le passage délicat du corps infantile et asexué à un corps qui devient objet du regard et du désir, un corps qui grandit sans que l'adolescent en aie le contrôle et dont il n'est pas le maître (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Jeammet, 2004a). C'est, en outre, le période du narcissisme, c'est le temps où la question paradoxale de la dépendance et de l'autonomie se pose et où le sujet est pris dans la contradiction entre des désirs opposées (Ambresin et Vust, 2010 ; Jeammet, 2007a ; Vust, 2012). Il faut aussi souligner que, de nos jours, on assiste à une prolongation du temps de

l'adolescence et à un renforcement de la dépendance puisque les longues études retardent le moment de séparation avec les parents. L'adolescent se retrouve donc à combattre contre des sentiments de proximité mais aussi contre une dépendance affective (Ambresin et Vust, 2010). L'adolescente interrompt le rapport de docilité qu'elle entretenait jusque-là avec son entourage et commence à dire « non », elle est angoissée par la présence des parents, tandis que pendant l'enfance elle s'inquiétait de leur absence. L'adolescence correspond donc à une période de différenciation et de séparation, où l'individu est confronté à sa propre particularité et à son propre désir (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2011).

Or, il faudrait ouvrir une petite parenthèse, les experts ont observé que des préludes de troubles alimentaires très précoces sont possibles, au niveau néonatal déjà (Ansermet, 2012) et ils ont aussi constaté de manière toujours plus fréquente, le caractère chronique de ces maladies à l'âge adulte (Recalcati, vidéo 2011 ; Getz, 2012). Le but ici est de traiter des troubles alimentaires atypiques survenant pendant l'adolescence, nous garderons donc en tête qu'ils sont étroitement liés aux premiers événements de la vie, néanmoins, la survenue précoce de ces troubles ne sera pas traitée dans le détail.

Nous n'avons pas l'intention de faire coïncider l'origine de ces troubles avec l'adolescence, mais nous aimerions donner la parole à cette période cruciale et révélatrice de la vie. En citant Jeammet (2004a) « l'adolescence a la fonction de révélateur des difficultés d'intériorisation de la première enfance et des problématiques de dépendance restées latentes jusqu'alors » (Jeammet, 2004a, p. 63).

Pendant l'adolescence, la communication en famille devient plus difficile et les conflits éclatent facilement. Le développement implique des déchirures, des ruptures, des sauts imprévus et chaque adolescent doit trouver son chemin pour devenir adulte (Guercioni et Nicastri, 2009). L'adolescence est donc un moment de crise nécessaire pendant laquelle on fait l'expérience de l'absence des références symboliques sur lesquelles on pouvait compter. C'est aussi à cet âge que l'individu fait expérience de son propre désir. La « bonne » séparation se déroule lorsque, d'un côté, l'adolescent refuse celui qui l'a aidé à grandir et de l'autre le remercie. De cette façon, il garde un rapport avec le désir de l'Autre. Les troubles alimentaires représentent, par conséquent, une tentative ratée de séparation, une volonté désespérée de se défendre contre la séparation de l'Autre, désespérée car il est impossible de refuser la dépendance symbolique de l'Autre (Guercioni et Nicastri, 2009).

Les conduites restrictives peuvent, ensuite, représenter un moyen d'arrêter le temps, pour rester enfant et empêcher la séparation de la figure maternelle (Guercioni et Nicastri, 2009). Justine raconte :

« Manger c'est perdre du temps. Le temps m'obsède, j'aimerais en avoir plus. Avec l'arrivée des règles j'ai compris tout d'un coup, que le temps coule très vite. Douze ans et ma vie était déjà finie ! Douze ans de vie insouciant – jusqu'à ce moment-là – ils sont partis. Ce jour-là, je n'arrêtais pas de pleurer. Les beaux moments maintenant font partie du passé. Je suis déjà âgée : je serai bientôt mère, puis grand-mère et après je mourrai... Pourquoi pas maintenant alors ? » (Justine, 2008, p. 12, Trad. de l'auteur).

La période de la puberté peut être aussi souvent caractérisée par des expériences négatives, lors des premières relations amoureuses où, par exemple, le mensonge insupportable d'une trahison peut ouvrir une blessure narcissique et peut amener à la suspension de la demande amoureuse (Recalcati, 2002). Dans ce cas, les troubles alimentaires typiques et atypiques sont un moyen de s'opposer à l'expérience amoureuse vécue comme trop dangereuse et de refuser la rencontre avec l'Autre. Les ruptures brusques avec un Autre très proche peuvent générer un fort sentiment de désarroi, de vide et d'incomplétude ; ici la maladie est comme une copine à laquelle se raccrocher (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2002). A ce propos, voici l'exemple d'Ilaria : « Pour moi, cette voix, toujours plus insistante, n'était pas quelque chose à combattre, mais c'était une amie, elle était la seule à me dire ce que j'aurais dû faire, à rester près de moi, à m'aider à gérer mes problèmes et elle me faisait croire que j'étais bonne, forte et omnipuissante » (Parma, 2005, p. 40, Trad. de l'auteur).

Une dernière circonstance peut être évoquée pour le déclenchement des TCA, celle qu'on trouve, par exemple, dans les cas d'abus sexuels ou d'inceste, circonstance qui place le sujet face à la jouissance déréglée de l'Autre. Le refus de la nourriture est alors une opération protectrice pour garder l'Autre à distance et pour rendre son corps inappétissant. La conduite hyperphagique est révélatrice de la même signification, en mettant une couche de graisse on s'éloigne de l'Autre. Ici, à la fois les conduites restrictives et celles hyperphagiques représentent une protection et une frontière rigide entre soi et celui qui abuse, entre soi et l'Autre (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2002). La réflexion de Aly illustre bien ce propos: « [je suis le] seul maître de mon corps. Quand j'étais petite ils ont abusé de moi, alors j'ai pensé que si je devenais plus petite et émaciée peut être que je n'aurais pas plu aux hommes. C'était le seul

moyen pour avoir le contrôle de mon corps, ne pas manger. [...] moi et que moi avait la possession de moi-même » (Perri, 2008, p. 74).

3.2. Le rôle de la société, de l'Autre et des parents dans la naissance des troubles alimentaires atypiques à l'adolescence

Il a été exposé dans le premier chapitre de ce travail que les adolescentes qui souffrent de crises boulimiques sont encouragés par la logique de notre société qui veut que la consommation soit une fin en soi. Alors que les adolescentes avec des conduites alimentaires restrictives traduisent par leur corps mince, le mythe de l'image, en faisant du corps maigre une enseigne sociale (Recalcati, 2007), à l'époque de l'adolescence le sujet est contraint à prendre ses distances avec ses parents et les inquiétudes narcissiques et la quête d'un soutien objectal sont réveillées (Jeammet, 2007b). De fait, les nouvelles générations se voient « obligées » de suivre les modèles en vogue et de s'adapter aux canons de la société pour finalement être quelqu'un. C'est ainsi que dans ce chapitre, nous prendrons en compte les phénomènes environnementaux pour mieux comprendre le rôle qu'ils ont sur la naissance des troubles alimentaires.

Dans son introduction au Symposium de l'Ocha (2004), Annie Hubert, anthropologue, développe son travail sur la question suivante : quelle est la forme naturelle et universelle de notre corps non touchée par la culture?. L'idéal de la beauté féminine de plus en plus filiforme tend, aujourd'hui, à devenir androgyne. Et la définition à visée provocatrice de la femme, donnée par Hubert, pourrait être : «quelqu'un qui pèse trop» (Hubert, 2004, p.2) et donc quelqu'un qui a toujours des kilos à perdre.

De nombreuses adolescentes intériorisent de plus en plus précocement les diktats de la société et se laissent « entrainer de cette "dictature de la maigreur" donnée comme un fait de société » (Pommereau, 2008, p 23). Aujourd'hui la beauté est liée à la maigreur et le corps maigre, voire éthéré, constitue le canon de la mode, qui a une énorme influence sur le goût des personnes (Guercioni et Nicastrì, 2009 ; Vust et Michaud, 2008). Mais quand la beauté devient un devoir, elle se transforme en souffrance, en cauchemar, qui amène à vivre la tyrannie d'un canon homogène imposé par l'Autre. Il s'agit d'un canon qui nie la particularité et la créativité du sujet et auquel l'individu doit s'adapter. L'adolescente aujourd'hui se trouve face à un idéal féminin complexe, soutenue par les médias, qui renvoient une image de la femme toujours plus mince, très active et « devant concilier réussite académique, professionnelle et familiale, pratique sportive et séduction

sociale et amoureuse » (Vust, 2012, p. 33). Les sociétés occidentales ont donc comme culte celui de la performance, tout en stigmatisant la différence.

Selon Pommereau (2008), le choix anorexique, ainsi rattaché au culte de la minceur, peut être interprétée comme une « maladie culturelle ». Car si on pense aux sociétés européennes, jusqu'à ce que la modernité redéfinisse les canons de la beauté, les rondeurs féminines étaient un signe de richesse, ce qui est d'ailleurs le cas encore aujourd'hui dans certains pays en voie de développement. Or il est intéressant de se questionner sur le pourquoi aujourd'hui le culte qui domine est celui de la minceur. En citant Pommereau c'est « sans doute "en réaction" à une société de consommation où les richesses sont synonymes d'opulence et de fièvre consumériste. [...] Notre société est aussi celle de la performance et du contrôle de soi. Il s'agit d'être svelte pour surfer sur les difficultés de l'existence. De maîtriser ce que l'on donne à voir de soi, donc ses formes » (2008, p. 23).

Comme nous l'avons déjà suggéré précédemment, dans nos sociétés hypermodernes, toutes sortes de nourritures prétendent de combler nos besoins. Et par conséquent, on voit augmenter les troubles de la consommation et de l'addiction à diverses substances ou pratiques, dans le sens de la retenue ou dans celui du lâchage, mais certains passant de l'un à l'autre, comme dans le phénomène anorexique-boulimique (Pommereau, 2008 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Il vaut la peine d'aborder ici la question de l'imitation des modèles chez les adolescentes. Il est reconnu que vouloir « faire pareil » que les autres est une revendication adolescente. Le sujet, en s'éloignant de sa famille et en se différenciant du monde des adultes, tente de conquérir sa propre position, de créer son propre goût et son style personnel. L'adolescent se trouve à hésiter entre l'errance, l'éloignement et sa nécessité d'adhésion (Recalcati, 2010 ; Recalcati, 2011). C'est dans cette période que le groupe de pairs et les modèles sociaux acquièrent un rôle fondamental. Les adolescentes veulent en fait se retrouver entre semblables et s'inscrire dans une communauté d'appartenance « mono-symptomatique », en partageant ses codes et ses pratiques (Recalcati, 2011). Le groupe, selon Freud (1921) est constitué de l'identification des attitudes partagées par rapport à un même objet qui tient unis les individus et c'est le pouvoir de la *libido* qui tient ensemble la masse. Dans ce cas, la libido – à s'entendre comme amour ou désir – peut représenter l'amour pour la perfection de l'image du corps. Le groupe donne appartenance, pouvoir et identité. Il est néanmoins important de préciser que lorsque nous parlons d'identification il y a des adolescents qui s'inspirent aux modèles sans pour autant les copier et d'autres qui, ayant une fragilité psychique plus marquée, cherchent

davantage à les reproduire à l'identique. En citant Jeammet (2005c) « une même fragilité peut conduire aussi bien à la créativité qu'à la destructivité » (p. 165).

Pommereau (2008) nous dit : « Évidemment, lorsque nos sociétés font l'apologie d'une déviance pour susciter l'adhésion des adolescents (à des fins commerciales, idéologiques, ou autres), il y a danger » (p. 25). Et on sait bien que l'adolescent est attiré par ce qui est interdit.

Les nombreux sites « pro-ana » ou « pro-mia »¹¹ qu'on peut trouver sur Internet en sont une illustration.

À travers sa recherche Sonya Lipczynska (2007), nous montre que normalement les sites Pro-Ana ont tous des post au début de la page et en grands caractères, dans le but d'alerter les internautes du contenu du blog : "Anorexia may be a harmful activity. We do not encourage this activity", mais paradoxalement toute de suite après on voit : "Anorexia is a lifestyle, not a disease".

Dans ces blogs apparaissent de nombreuses photos montrant des jeunes filles décharnées et squelettiques et en plus des citations et conseils pour maigrir il y a aussi les dix commandements dans le but de motiver les gens à devenir des vraies Pro-Ana, du genre : « Si tu n'es pas mince, tu n'es pas attirante » ou « Être mince est plus important qu'être en bonne santé »¹² (Bardone-Cone et Cass, 2006 ; Lipczynska, 2007). De fait, le corps devient une vraie religion à idolâtrer.

Voici quelques lignes de ce qu'une adolescente écrit sur son blog pro-ana :

« Ici vous trouverez ma vie, mon combat contre mes TCA, ma quête de la perfection, de la minceur, mais aussi du bonheur... [...] Mon blog contient des propos qui pourraient choquer les plus jeunes et les plus faibles. Merci de passer votre chemin si vous faites partis [sic] de ces catégories.[...] Désormais vous entrez dans l'antre de la maladie. Ce blog est mon exutoire. Bienvenue »¹³. Dans ce type de sites il y a des vraies *coaches* qui donnent des conseils pour devenir une Pro-Ana, mais qui proposent aussi des jeux. Voici un exemple : « Le principe est simple , je vais sélectionner 6 d'entre vous , pendant 7 jours vous allez recevoir par sms/mms des défis, objectifs à réaliser, vous serez tous les jours en contact avec moi-même et les filles du groupe ; à la fin de ce jeu je vous garantis [sic] que grâce à mes astuces et techniques vous aurez perdu entre 2,5 et 5 kilos. Mais surtout vous ne serez pas seules, pendant ces 7 jours vous serez soutenues et motivées par moi-même mais aussi par les 5 autres filles du

¹¹ Ces sont des sites qui ont le but de célébrer l'anorexie et la boulimie.

¹² Consulté le 8/3 à <https://ledeblogueur.wordpress.com/2008/04/29/les-10-commandements-dune-pro-ana/>

¹³ Consulté le 15/3 à <http://anaddict.over-blog.com/>

groupe, quoi de mieux que de perdre du poids et de qui sait, gagner de jolie[sic] amitié[sic]? Je vous réserve pleins [sic] de surprises pendant ces 7 jours. »¹⁴

Grâce à la littérature utilisée et au film « L'Engrenage de l'anorexie », réalisé par Tara Miele, en 2014, nous nous pouvons nous rendre compte de la fascination que ces sites et ces blogs ont sur les adolescentes qui ont des soucis avec leur corps et leur poids.

Il a été montré que le contenu des pages internet Pro-Ana et Pro-Mia encouragent l'adolescente à faire partie de ce groupe, ou mieux, de cette nouvelle communauté, où le sujet peut être finalement compris et accepté avec ses choix (Pommereau, 2008 ; Bardone-Cone et Cass, 2006 ; Lipczynska, 2007).

Il est clair que ces sites Internet – librement accessibles et peu surveillés – ont permis de développer une nouvelle subculture des troubles alimentaires, avec ses propres règles et croyances (Lipczynska, 2007).

L'industrie de la mode et les médias ont fortement valorisé le corps mince et athlétique de la femme et ont rendu l'idéal fétichiste du corps maigre l'archétype esthétique obligatoire (Recalcati, vidéo 2011).

La faible estime de soi, qui est très souvent apparue dans l'histoire clinique de ces adolescentes atteintes d'un TCA atypique, les rend ainsi très sensibles aux mouvements de la mode. De ce fait « la quête de soi s'incarne alors dans la recherche de la maîtrise de soi, de son corps ainsi que de ses pulsions » (Vust et Michaud, 2008, p. 41).

Bardone-Cone et Cass (2006) dans leur article « Investigating the Impact of Pro-Anorexia Websites: A Pilot Study » nous rappellent que de nombreuses recherches ont montré l'influence négative que les médias (internet, magazines, télévision et films) ont sur l'image du corps et sur l'alimentation des individus. Influence à laquelle on est exposé depuis l'enfance : « [...] Je me souviens par exemple que si je regardais des films ou des dessins animés où il y avait des héroïnes super minces voire maigres, je voulais être leur copie, et je me comparais tout le temps à elles, je voulais tout le temps leur ressembler... Je me rappelle aussi que les dîners de famille me posaient déjà problème et m'angoissaient. » (l. in Vust, 2012, p. 51).

Mais alors à qui la faute ? À la société et aux médias ? On tend toujours à rechercher des coupables extérieurs quand on fait face à des adolescentes sous influence, mais Pommereau (2008) argumente que cette équation est fautive. Il écrit justement qu'« on perd ici totalement de vue que dans l'intentionnalité, il y a toujours une part consciente

¹⁴ Consulté le 15/3 à <http://anaddict.over-blog.com/>

qu'il est possible d'argumenter et une part inconsciente.[...] La thérapie vise donc à mettre en lumière cette intentionnalité inconsciente de manière à permettre à la jeune fille, par paliers, de moins la subir et de s'en dégager. Dans certains cas, malheureusement, ce travail n'aboutira pas et le pourquoi de cette entreprise effroyable d'amaigrissement demeurera sans réponse» (Pommereau, 2008, p. 24).

Ainsi, les canons sociaux et culturels peuvent être des facteurs favorisant au développement, surtout dans cette période délicate de l'adolescence, d'un trouble alimentaire (Vust, 2012), mais, comme nous le rappelle Recalcati (vidéo 2011) en psychanalyse le sujet en est aussi responsable.

Contrôle, manque, refus, désir, séparation sont toutes des expressions fréquemment abordées dans ce mémoire et qui renvoient à l'importance de la relation à l'Autre - Autre avec la A majuscule entendu comme l'arrière-plan relationnel et symbolique de nos interactions avec les autres que nous rencontrons dans notre vie (Terminio, 2013). D'après Lacan, il est important de lire chaque trouble comme une façon d'être en rapport avec l'Autre symbolique. Selon la psychanalyse l'Autre, le collectif et ses marques, constituent une partie essentielle de la subjectivité. Sans l'Autre, en effet, le sujet n'existe pas (Ávola et al., 2010). De ce point de vue, si l'on perd le lien avec l'Autre on perd aussi les amarres de ces références communes qui nous orientent dans un monde partagé (Terminio, 2013).

La clinique nous montre que les rapports avec la nourriture sont le miroir des rapports avec les autres personnes, ainsi que avec la famille, et le dérèglement alimentaire renvoie très souvent à un dérèglement relationnel du sujet (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Jeammet, 2004a ; Recalcati, 2007a).

Recalcati (2007a) parle de la mort et de la désertion du *convivium*, il observe, en effet, qu'un signe précurseur très significatif du trouble alimentaire est la tendance à la solitude et à l'abandon de la table de la part de l'adolescente, et il entend table comme dimension de l'échange et comme point de rencontre avec la nourriture et avec les autres. De cette manière, elle évite le rituel collectif de la convivialité autour de la table en préférant manger toute seule et en se décollant des liens. Platon déjà, parlait du rapport circulaire et rythmique entre la nourriture et la parole : on reste ensemble à travers la nourriture. Les troubles alimentaires atypiques – comme, de façon plus évidente, ceux typiques – peuvent aussi être considérés comme des troubles de la convivialité. La clinique montre que l'effort de la conduite anorexique ou boulimique est d'affirmer qu'il est possible de manger seuls et donc, qu'il est possible de franchir l'horizon du langage, mais Recalcati (2007a) nous dit justement que rester seul est une utopie narcissique de notre époque.

L'adolescente qui s'éloigne de la table pense manger seule, mais on ne peut jamais manger seuls : la nourriture est toujours quelque chose qui vient de l'Autre et qui est lié au langage et à la parole. La nourriture est un objet social et elle tient compagnie (Recalcati, 2007 ; Recalcati, 2011). Lacan (1962) disait que l'être parlant ne peut manger seul que s'il se trouve inscrit dans le champ de l'Autre qui est constitué du langage. Manger n'est jamais simplement se nourrir, mais il s'agit surtout de l'absorption des règles de la convivialité, d'être ensemble, du goût et de la tradition familiale et culturelle. La parole, comme la nourriture, est un objet social (Recalcati, 2007 ; Lacan, 1962). C'est en partant de cette observation que nous nous rendons compte du rôle primordial de l'Autre, et surtout de l'Autre-Parent, dans le déclenchement et l'évolution de ces types de troubles.

L'oscillation entre le tout et le rien dans les troubles de conduites alimentaires atypiques se retrouve dans la relation à l'Autre et les échanges relationnels des adolescents souffrant de ces maladies sont souvent instables à cause de leur extrême sensibilité à toute déception (Jeammet, 2004a).

Sans faire de la mère la cause déclenchante de la maladie alimentaire, le malaise anorexique-boulimique peut se retrouver dans le "défaut", plus ou moins précoce, de la relation mère-fille. En effet, le discours des jeunes patientes montre souvent un rapport déséquilibré avec la figure maternelle qui peut être d'une présence suffocante et « dévorante » ou, au contraire, elle peut se relever absente et abandonnante. Cette séparation fixe le sujet dans des conduites restrictives et dans l'utopie d'une autonomie fictive, fruit de la réalisation du parfait contrôle de chaque besoin. A travers le contrôle le sujet se persuade d'avoir gagné cette autonomie désirée alors qu'en réalité, cela devient une autre forme de dépendance. L'adolescente dit « non » à la nourriture pour se séparer et se différencier de l'Autre envahissant et « cannibalique », car elle exige d'être sujet et non plus un objet orienté et manipulé par ses parents (Lacan, 1984, 1991 ; Recalcati, 2007 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). L'insistance de la demande des parents génère toujours de la résistance. Alors l'adolescente peut refuser la nourriture pour vérifier ce qui arrive à l'Autre et s'il est disposé à la perdre, de cette manière, le corps devient comme un otage permettant de faire du chantage à l'Autre. Ou, au contraire, elle peut engloutir des grandes quantités de nourriture pour combler illusoirement un vide ou pour mettre entre soi et l'Autre une couche de graisse, une séparation. Dans les conduites boulimiques l'acte de dévorer peut être vu comme une compensation à travers l'objet réel, la nourriture, de ce que le sujet n'a pas eu à niveau symbolique, à savoir le don d'amour, ou bien, le signe du manque de l'Autre. Dans ce sens, les conduites liées à l'avidité sont une compensation

alors que les conduites restrictives sont le refus de toute sorte de compensation ; d'une côté on trouve donc l'exaspération du refus anorexique et de l'autre l'impossibilité du refus et du « non » (Lacan, 1962 ; Recalcati, 2002 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). En d'autres mots, les adolescents souffrant de troubles alimentaires ne trouvent pas dans l'Autre une place vide pour elles et elles n'ont alors pour seule possibilité celle de la remplir ou d'être absorbées.

Cela dit, il est important de ne pas se fixer sur ces observations mais d'aller au-delà, sinon on risque d'identifier la cause du trouble uniquement dans le manquement maternel (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007a). En effet, une mère est aussi la femme d'un homme et sa façon particulière d'être mère dépend aussi du rapport avec son homme (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). A ce propos, en clinique, il a souvent été constaté une relation père-mère - et donc homme-femme - problématique dans les familles anorexique-boulimiques et ce type de relation peut influencer négativement sur le rapport parent-enfant. Ces configurations familiales sont souvent caractérisés par une séparation rigide entre la loi et le désir et de la prévalence de l'un sur l'autre ou vice-versa (Recalcati, 2007). Marruchi (2010) ne repère pas, dans le phénomène anorexique-boulimique, un appel au père mais plutôt un défi lancé au père qui n'a rien à offrir et qui peut seulement assister à un corps qui dérive au gré d'une jouissance hors de sa législation. Les adolescentes souffrant de problèmes alimentaires vivent souvent dans un cadre familial où elles développent avec la figure maternelle une relation non médiatisée de façon efficace et compromettant la fonction de l'Œdipe (Marruchi, 2010).

Pour mieux comprendre ce phénomène, un renvoi au complexe d'Œdipe est indispensable. L'évènement de la naissance constitue la première grande expérience de perte pour chaque enfant mais aussi pour la mère. La première période œdipienne se caractérise par la rencontre de deux manques : l'enfant a perdu le ventre maternel, de la vie intra-utérine et la mère perd la plénitude de la grossesse ; l'enfant devient donc l'objet du manque maternel (Guercioni et Nicastri, 2009). Ce phénomène rend possible le total dévouement aux besoins du petit et comporte le désir de continuer à l'englober en soi. Freud disait, à ce propos, que l'amour est cannibalique pour exprimer que si on dévore l'Autre, il restera à l'intérieur de moi, il fera partie de moi. Pour cette raison, le rôle du père est fondamental, en restaurant la règle, il déclenche un nouvel ordre et libère l'enfant de la position d'objet de manque de la mère et en même temps, il restitue à la mère sa propre fonction de femme (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2010a). Ce passage est très délicat et il ne se met en place que si le père est objet de désir pour la mère et que la mère est aimée et désirée du père. De cette manière, l'enfant pourra avoir la bonne distance psychique de la mère et ainsi grandir pas uniquement comme fils/fille,

mais aussi comme un individu qui peut développer son identité personnelle en toute liberté et non en symbiose avec la figure maternelle (Guercioni et Nicastri, 2009). La thèse de Recalcati (2007a) montre que dans les familles d'anorexiques-boulimiques il n'y a pas de bon dialogue entre désir et loi, par conséquent, l'adolescente peut se sentir étouffé ou abandonné et dans les deux cas, le trouble alimentaire peut devenir une solution pour préserver sa propre subjectivité.

A ce sujet, Recalcati (2007a) - en partant des textes lacaniens « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu » (1984) et « L'envers de la psychanalyse » (1991) - distingue quatre typologies de figures parentales, que nous reportons brièvement ci-dessous, qui caractérisent les familles des adolescents avec un trouble alimentaire.

Une première figure est celle de la mère « crocodile » ou mère couveuse : c'est la mère qui continue à garder son enfant comme objet de désir, en empêchant la possibilité de grandir psychiquement et de façon autonome, elle l'étouffe. La mère anéantit son être femme dans l'être mère et l'adolescente refuse la nourriture en opposition à ce parent envahissant et essaie de cette manière de se dégager de ce rapport primordial (Recalcati, 2007 ; Guercioni et Nicastri, 2009).

Ensuite, on trouve la figure de la mère narcissique, elle anéantit son être mère dans l'être femme en abandonnant sa fille. Ce type de figure maternelle a tendance à ne pas considérer la différence générationnelle entre elle et sa fille en établissant un rapport de rivalité (Recalcati, 2007 ; Guercioni et Nicastri, 2009).

Dans les récits des adolescentes souffrant des TCA atypiques nous relevons, dans un grand nombre de cas, que leurs mères avaient déjà souffert de problèmes alimentaires ou qu'elles étaient préoccupées par leur poids et par leur apparence. « Il y a ma mère, qui a le même comportement que moi, mais ne le dit pas et ne s'en rend en fait pas compte » dit St. (in Vust, 2012, p. 52).

Nous voyions ainsi que l'obsession d'une mère pour son poids peut se déplacer sur sa fille : « Je pense sincèrement que le fait que je sache que ma mère soit dérangée de mon poids, c'est ça qui m'a rendue mal dans ma peau, et je pense que c'est ça qui a fait que j'ai eu des problèmes avec la nourriture, bien sûr pas seulement ça mais notamment... je ne veux pas mettre toute la faute sur elle non plus. Mais son rejet de mon corps a contribué à mon problème de nourriture, je pense » (L. in Vust, 2012, p. 76).

Parallèlement, la figure paternelle, elle aussi se divise en deux types. La première est le père « norme » dont la loi domine le désir. Ce père est attentif au fonctionnement formel

de la famille en imposant des règles et l'ordre mais sans s'intéresser aux enfants, il incarne une autorité vide et pauvre en désir (Recalcati, 2007 ; Guercioni et Nicastri, 2009).

Enfin, la dernière figure paternelle observée par Recalcati (2007a) est celle du père aimant et représente la détérioration de la figure du père, de son autorité. Ce type ne suppose pas forcément des épisodes d'abus sexuel, mais il se réalise dans une présence excessive dans la vie de la fille et en négligeant la mère (Guercioni et Nicastri, 2009). Cette situation crée la désorientation de l'adolescente.

Le symptôme alimentaire exprime donc un malaise personnel du sujet mais s'accroche aussi à la nature dysfonctionnelle des rapports sociaux, les déséquilibres sont souvent issus de la difficulté dans les rapports sentimentaux, dans les liens affectifs, dans les simples amitiés et la moindre adhésion que ressentent ces adolescentes vis-à-vis du noyau familial (Guercioni et Nicastri, 2009). L'acte alimentaire devient un filtre pour préserver l'équilibre psychique de l'individu, une tentative, en reprenant Freud, de « pare-excitation », pour toutes ces émotions difficiles à gérer psychiquement et pour ce vide impossible à combler (Corcos, 2005a ; Freud, 1920 ; Vust et Michaud, 2008).

3.3. La clinique du vide chez les adolescents souffrants de troubles alimentaires atypiques

« ...Je me sentais extrêmement mal dans ma peau, je me sentais perdue, je ne savais pas qui j'étais, je ne me reconnaissais plus. Je cherchais à être quelqu'un, dans ce tourbillon d'émotions, et je n'y arrivais pas. C'est à ce moment que le trouble alimentaire s'est tranquillement glissé dans ma vie et que, sans crier gare, il a pris toute la place... » (Katherine in : Petitpas et Jean, 2011, p. 17)

Dans les troubles alimentaires atypiques et plus visiblement dans les formes typiques, la nourriture se révèle être l'objet abondant qui sert à combler les sentiments de perte et de vide que les adolescentes ressentent fréquemment (Corcos, 2005a ; Vust et Michaud, 2008).

La quête du plaisir incontrôlé qui caractérise notre époque assume une connotation négative, au-delà du plaisir, un plaisir, dans ce cas, qui est mêlé à la souffrance. Dans une situation similaire d'absence de limites et de jouissance débordante, la créativité, l'individualité du sujet se perd en faveur du vide. On ne parle pas de manque qui favorise le désir mais de vide qui le mortifie (Guercioni et Nicastri, 2009).

Notre époque assiste à une métamorphose, du manque en vide. Le manque est ce qui constitue l'être humain comme tel, dès qu'il naît car l'existence est quelque chose d'inquiétant, d'instable, d'imparfait et qui n'est jamais accompli, l'existence est manque (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Ce manque n'est pas un déficit à corriger, mais il représente la condition vitale que chacun a pour éveiller son propre désir et le rendre créatif (Recalcati, 2011). En effet, la condition de chaque acte créatif est qu'il y ait eu un manque qui soit en mesure de générer un nouveau désir. Selon Lacan il existe une circularité structurale entre manque et désir, il affirme en effet que le désir vient de l'Autre ; aujourd'hui, on assiste à la réduction de ce manque en un vide localisé ou en un conteneur qui peut être rempli, mais cette réduction comporte un effet de fausse maîtrise (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006 ; Recalcati, 2011). Comme l'observe Recalcati (2011), le manque transformé en vide offre l'illusion que ce vide soit localisé et que par conséquence il puisse être rempli. La créativité manque et ne peut se déployer quand le désir est supprimé. On assiste là à une société où l'interstice vide manque et ainsi l'existence du désir est menacée (Guercioni et Nicastri, 2009). Le sujet boulimique dévore tout pour ne pas sentir le manque et celui anorexique ne demande plus rien de manière à anéantir tout manque possible, car le manque est ce qui angoisse l'être humain, mais il rend en même temps l'existence créative (Recalcati, 2011). Le discours social se range contre ce manque et semble avoir une réponse à tout, mais en réalité, comme l'exprime bien Recalcati (2011), « le manque est réduit à la parodie d'un pseudo-manque qui peut être facilement résolu à travers la consommation de l'objet » (Recalcati, 2011, p. 29).

Les conduites boulimiques dans les troubles alimentaires atypiques nous démontrent cette métamorphose du manque en vide, où le manque de l'existence est réduit au vide anatomique de l'estomac qui exige constamment d'être rempli. Les adolescentes qui souffrent de ces crises vivent le drame d'une poussée à remplir un vide qui ne se comble jamais (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Derrière l'objet-nourriture il y a le vide, il ne s'agit pas d'un vide « anatomisé » qui peut être rempli par l'objet, mais d'un vide qui est au cœur du sujet même (Recalcati, 2007). C'est un vide qui constitue le point le plus intime du sujet mais en même temps il est radicalement étrange. Il est question ici du « manque-à-être » comme le nomme Lacan, vide qui provoque dans l'individu un manque impossible à combler. Recalcati (2007a) explique que ce vide qui habite le sujet ne dépend pas de la substance de l'objet mais se réfère au sujet lui-même. Les adolescentes souffrant des conduites anorexiques et/ou boulimiques sont passionnés par ce vide, car elles le conservent, l'éliminer reviendrait à s'éliminer soi-même (Recalcati, 2007). Le vide est, en effet, la condition qu'il faut pour que le désir existe, par le manque (Recalcati, 2007).

La boulimique vit une faim qui ne connaît pas de satiété, qui la dévore elle-même et qui ne connaît pas de « castration symbolique » ; mais au sommet de la crise elle retrouve la même insatisfaction qu'au départ (Recalcati, 2011). Cette métamorphose du manque en vide arrive à atténuer le désir qui naît du manque. Là, on s'accroche à l'illusion soutenue par le discours capitaliste : l'offre illimitée d'objets de consommation peut sauver l'être humain de la blessure de l'expérience de l'existence (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Justement Lacan disait « qu'aucune nourriture ne peut jamais satisfaire vraiment la pulsion orale, si ce n'est à contourner un objet éternellement manquant » (Lacan, 1964, p. 164). Les adolescentes avec un TCA hyperphagique trouvent un « plein » fictif car, en réalité, ils incarnent le vide après chaque prise de nourriture, ils trouvent le vide au fond de la substance de l'objet. À travers les vomissements ils rendent le corps vide, en vidant le corps du poids de la substance ingérée. Les crises boulimiques montrent à l'Autre que rien ne pourra jamais remplir vraiment le sujet, car il ne s'agit pas du vide d'un conteneur et donc localisé, mais d'un vide de manque-à-être (Recalcati, 2007).

La restriction alimentaire est apparemment étrangère à cette dimension, en effet, les adolescentes avec des conduites anorexiques s'identifient à ce vide, elles l'incarnent et le gardent comme la chose la plus précieuse au monde (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Le sujet souffrant des conduites restrictives rend lui-même un vide pur et donc un manque-à-être (Recalcati, 2007). Il s'agit ici d'un vide déconnecté du désir et donc comme un plein de jouissance (Recalcati, 2011). De cette façon, l'adolescente reste prisonnière de sa propre image, comme dans le mythe de Narcisse, qui perd sa vie en se plongeant dans les bras mortels de sa propre image reflétée dans l'eau. L'adolescente qui ne mange pas jouit de sentir le vide en elle, de sentir son corps vide, qui est la manifestation de la "poussée à la mort" ; mais ce vide, parce que c'est un objet de jouissance, est en réalité vécu comme un plein (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006 ; Recalcati, 2011).

La souffrance de la boulimique se révèle dans le besoin de remplir un vide que la boulimique n'atteint jamais, alors que celle de l'anorexique, par contre, est l'incarnation de ce vide. Dans les crises boulimiques on assiste à un remplissage illusoire du vide et à un éloignement du désir qui n'est plus alimenté par le manque.

L'adolescente qui ne mange pas jouit de ce vide, dans la mesure où l'acte apporte une jouissance absolue et qui représente un plein et non plus un vide (Guercioni et Nicastrì, 2009). Dans ce cas, on observe que le manque est un vide nommé, comme le dit Recalcati (2007a), c'est un « vide signifiantisé », symbolisé et donc en connexion avec l'Autre. La privation anorexique peut élever le vide à un but pulsionnel mais cette jouissance du vide n'annule pas le sujet du désir. Ce qui se passe est une

désarticulation du lien dialectique entre vide, manque et désir (Guercioni et Nicastri, 2009). Le vide n'apparaît plus en rapport à l'Autre, à travers le mouvement d'ouverture du désir comme expression du manque, mais il se solidifie et est dissocié du désir et donc innommable. Le point central de ce vide est l'angoisse, il s'agit donc d'un vide qui est dissocié du manque, expression d'une inconsistance radicale qui provoque une angoisse sans nom (Guercioni et Nicastri, 2009).

Pour illustrer ce propos voici quelques lignes d'un témoignage:

« Je disais des mots gentils, mais je mentais, je mentais à tout le monde et surtout à moi-même. Je voulais réduire au minimum mon corps pour ne pas m'empêtrer, pour ne pas me retrouver à envahir l'espace d'autrui, pour ne pas me faire voir, pour disparaître lentement. Je ne voulais pas manger parce que la nourriture était sale, mon corps était sale. Je devais manger pour combler ce vide, ce vide qui m'amenait au noir et au froid. » (in Guercioni et Nicastri, 2009, . 26, Trad. par l'auteur).

Nous verrons que la reconnaissance de la souffrance psychique à travers le repérage des signes et des expressions des symptômes apportés par les adolescentes atteints d'un trouble alimentaire atypique est un principe fondamental en psychopathologie.

3.4. La diversité des stades, des défenses, des relations objectales et des structures dans les troubles alimentaires atypiques

Dans ce chapitre, nous tenterons de délinéer les stades, les défenses et les relations objectales les plus récurrents dans le phénomène anorexique-boulimique, en précisant que nous ne présenterons pas des cas cliniques complets de passations de tests projectifs – vue la difficulté à les repérer en littérature. Cela n'est pas fait dans le but de "cataloguer", mais plutôt pour que le lecteur ait une idée des mécanismes qui sous-tendent le refus ou l'excès alimentaire. Le trouble psychopathologique ne peut pas être considéré en lui-même mais à la fois dans l'inscription historique de l'adolescent, familial en particulier. Ensuite, nous aimerions aborder aussi la question du diagnostic différentiel qui vise à repérer la structure de personnalité du sujet, en vue d'orienter au mieux son parcours thérapeutique. Nous rappelons que nous ne pouvons pas parler d'une structure fixe de personnalité dans le temps de l'adolescence, car il s'agit d'un processus en évolution.

En psychanalyse la zone érogène de la bouche est la porte d'entrée de l'objet du besoin, de la nourriture comme satisfaction instinctuelle, mais elle représente aussi le lieu d'une certaine satisfaction pulsionnelle (Ansermet, 2012 ; Recalcati, 2007a). Dans son œuvre « Trois essais sur la théorie sexuelle » Freud (1905) définit l'objet de la pulsion orale, qui est variable, comme un succédané de l'objet perdu, plus tard, dans « Deuil et mélancolie » (1915/1917) il affirme, par contre, que l'objet est irremplaçable et que le sujet s'identifie à l'objet perdu. Lacan (1964), dans son texte « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse » nous dit, en reprenant Freud, qu'en réalité l'objet de la pulsion n'est pas un vide qui peut être occupé par n'importe quel objet, aucun objet, en effet, ne peut satisfaire la pulsion orale, sinon en entourant l'objet éternellement manquant (Marruchi, 2010 ; Recalcati, 2007a). Un bref témoignage met en évidence la recherche continue de produits en vue de satisfaire illusoirement la zone orale : « J'ai toujours voulu avoir tout dans la bouche, y a tout qui me rapporte à la bouche, je pense que c'est depuis que je suis toute petite, et ça a toujours été de plus en plus clair. » (Je. In Vust, 2012, p. 76).

Lacan (1964) différencie l'objet du besoin, qui est là et sert à combler et à rendre plein un vide rendu anatomique, de celui de la pulsion. La nourriture, dans l'expérience psychique de l'individu, a une signification symbolique, sa fonction n'est pas que celle de la nutrition mais elle est aussi celle du premier objet que l'individu reçoit de l'Autre, et il s'agit du premier signe de reconnaissance de son existence en tant que personne (Marruchi, 2010). Ici, nous pouvons décliner la faim de nourriture et la faim du sein, le sein comme signifiant du premier objet de satisfaction perdu, manger le sein est ainsi comme manger le vide, manger c'est manger le fantôme, chercher le fantôme du sein (Recalcati, 2007a). L'objet de la pulsion est donc finalement le vide, impossible à manger. Les troubles alimentaires sont une manière de tenter de récupérer le vide de la Chose, le vide du fantôme du sein. Le sujet avec des conduites restrictives incarne ce vide dans son propre être alors que celui qui a des crises boulimiques le cherche partout, là où la consistance imaginaire de l'objet-nourriture dévoile l'inconsistance d'un plein sans substance (Recalcati, 2007a) .

Comme l'explique Recalcati (2002), l'expérience de la bouche pour l'adolescente atteinte de conduites restrictives est celle de la privation, alors que dans le phénomène boulimique on trouve la passion de la bouche, qui révèle être insatiable, et l'expression évidente de la pulsion orale. Le lien très important entre les conduites anorexiques et celles hyperphagiques apparaît alors plus clairement « la bouche anorexique-boulimique cherche, négativement ou positivement, de réaliser une jouissance "immédiate et proche", sans passer par l'Autre » (Recalcati, 2002, p. 55, Trad. de l'auteur).

L'incorporation est typique de la phase orale et nous pouvons généraliser en disant que l'anorexie typique et atypique peut être considérée comme des fixations sur l'érotisme

oral qui détermine un refoulement de l'appétit. Freud (1905) corrèle l'anorexie à l'hystérie, le sujet anorexique luttant contre la pulsion orale, il en est dégoûté et, en disant « non » à la nourriture, il vise à séparer le désir et la satisfaction, en cherchant à sauver la pureté de son désir. L'adolescente, avec une conduite alimentaire restrictive, arrive à se satisfaire seulement avec l'affirmation pure du désir, alors qu'avec la conduite boulimique, le sujet tente de se détacher de la jouissance en excès, de la dévoration pour atteindre le désir à travers le vomissement.

Il est intéressant de voir comment Olivier Revaz (2003), dans son article « Le sexe du serpent », s'éloigne de cette fixation orale en soulignant un « amalgame entre oralité et analité » et entre "entrer" et "sortir" chez les sujets anorexiques-boulimiques. Déjà, Anna Freud (1965) avait relevé que le « non » et le dégoût de l'anorexique face à la nourriture étaient analogues à la matière fécale. Ainsi l'adolescente, en refusant la nourriture, « éprouve le plaisir de retenir (la faim), de ne pas laisser passer par l'orifice » (Revaz, 2003, p. 6). A ce propos, Revaz (2003) donne une fonction anale, déterminée par une propulsion active, à la zone orale, en se référant aussi bien aux conduites restrictives qu'à celles liés à l'avidité. Le phénomène boulimique, caractérisé par l'avalement et l'expulsion, présente également une attitude anale. Dans les troubles alimentaires nous observons donc une dissociation entre la zone anale et la fonction anale qui est déplacée dans la zone orale. La maîtrise se joue ainsi dans la zone orale (Revaz, 2003). Mais, il est aussi possible que la toute-puissance, que nous observons dans les stades initiaux des conduites restrictives, – toute-puissance associée à la phase phallique – se joue dans la zone orale (Revaz, 2003).

Enfin, en se référant à la zone de la bouche, Recalcati (2007a) tourne le discours de façon subtile : « ce n'est pas la bouche qui demande, mais le regard » (p. 118, Trad. par l'auteur). L'adolescente anorexique-boulimique invoque, avec son refus ou sa compulsion irréfrenable, le regard de l'Autre et à cet égard le manque qui l'habite peut être un manque du désir et non un manque de l'estomac (Recalcati, 2007a).

Plusieurs experts observent que ce qui caractérise toutes les adolescentes qui souffrent de troubles alimentaires est leur identité fragile (Jeammet, 2004a ; Recalcati, 2007a ; Vust, 2012). D'un point de vue psychanalytique, il faut remonter à l'enfance et au lien avec la figure maternelle pour comprendre cette fragilité de base. C'est en effet durant le temps de l'enfance que le sujet apprend à faire face aux premières expériences de séparation et, par conséquent, à se protéger grâce à des stratégies compensatoires (Jeammet, 2004a). Selon Lacan (1956/1957), il est facile d'observer le plaisir qu'un

enfant éprouve en répétant une demande sans pour autant s'attendre à une réponse matérielle. En répétant la demande, l'enfant ne vise pas l'objet mais le rien qui lui permet de renouveler la demande d'amour.

Le temps de l'adolescence est révélateur de ces difficultés d'intériorisation qui, dans le phénomène anorexique-boulimique, sont « remplacés » par des objets de substitution. Les troubles alimentaires peuvent être vus comme l'expression d'une vulnérabilité de base qui crée un sentiment d'insécurité interne chez les adolescents : en clinique nous observons souvent chez elles un sentiment d'inefficacité, une difficulté d'affirmation de soi, l'inhibition, et une difficulté d'expression des émotions. Ceci permet de voir que l'action et le contrôle, et parfois les deux de façon alternée, sont des défenses que le sujet utilise pour faire face à un vide intérieur qu'il n'arrive pas à gérer (Jeammet, 2004a ; Vust, 2012).

La conduite alimentaire restrictive montre en effet la puissance de la maîtrise, à travers le contrôle, le sujet pense se protéger de l'angoisse de devenir boulimique. Ainsi, il espère avoir trouvé une solution efficace à sa douleur et à son insécurité et, il croît qu'en abattant la faim, il pourra gouverner ses pulsions et se suffire à lui-même (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Jeammet, 2004a). « C'est une belle sensation celle de constater que j'arrive à juguler mon estomac et à ne pas m'accrocher aux sucreries chaque fois que je sens l'impulsion de manger. Ce contrôle me rend forte et il me fait penser qu'avec la volonté, je peux l'être dans le domaine alimentaire comme dans les autres champs où je suis en difficulté. Ces sont des facteurs qui vont en parallèle : Plus je gagne du contrôle sur mon corps et plus je trouverai facile prendre en main tous les autres aspects, surtout le relationnel qui est désastreux pour moi » (Parma, 2005, p. 10, Trad. de l'auteur).

Ensuite, nous pouvons relever une dimension masochiste propre aux conduites restrictives que l'on rencontre à travers la privation engendrant un sentiment de maîtrise et de puissance grisant, mais cette dimension est aussi propre aux sujets hyperphagiques. Dans les deux cas, il s'agit de comportements contre-nature et donc masochiques : manger jusqu'à l'excès, se faire vomir ou refuser la nourriture jusqu'à mourir (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007a).

Quand on parle de crises boulimiques on parle d'actions répétées et non maîtrisables qui, au moins pour un temps, apportent au sujet un relatif bien-être. « Mais, comme avec la drogue, cet effet thérapeutique n'est qu'un palliatif et ne résout aucun des problèmes sous-jacents qui demeurent et ont même tendance à s'aggraver » (Jeammet, 2004a, p. 83) tant qu'on retrouve habituellement chez ces adolescents de

la honte, de la culpabilité, de l'impuissance, une basse estime de soi et des vécus dépressifs (Guercioni et Nicastri, 2009). Recalcati (2007a) observe que les sujets qui n'arrivent pas à se faire vomir – situation fréquente dans les TCA atypiques – montrent une forte angoisse persécutrice vers l'objet-nourriture. Ce dernier en effet provoque des forts vécus d'indignité et la seule solution à portée de l'adolescente sont les méthodes compensatoires de façon à atténuer ces effets (Recalcati, 2007a).

En ce qui concerne la relation objectale dans l'expérience anorexique-boulimique on retrouve souvent un vrai « collage » à l'Autre, selon Recalcati (2007a) la dépendance absolue de l'Autre maternel est en fait un trait récurrent dans l'histoire clinique de ses patients. On parle à ce propos de relation symbiotique, où l'adolescente construit une économie libidinale privée de perte et de manque. En d'autres mots il s'agit d'une économie sans censure entre soi et l'Autre, qui crée un tout plein. Dans ce sens, « l'anorexique recourt au vide de façon de rayer le blocage identificatoire avec l'Autre, tandis que la boulimique [...] trouve également insoutenable le plein et le vide. Elle ne peut pas en effet rester vide, [...] mais, en même temps, elle ne peut pas supporter l'idée d'être occupée par l'Autre, par le trop de l'Autre » (Recalcati, 2007a, p. 88, Trad. de l'auteur).

En s'appuyant sur les mots de Jeammet la relation vécue par l'adolescente souffrant d'un trouble alimentaire est souvent une « relation addictive ». Grâce à l'aide de la clinique Jeammet (2004a) observe que la dimension narcissique de la relation des adolescents avec un TCA est caractérisée par une quête continue du regard et du soutien des autres et des attitudes en miroir, par conséquent, leur équilibre psychique dépend largement de leur entourage. Le témoignage d'une adolescente résume bien le vécu de ce besoin d'être reconnue : « [...] j'aimerais bien qu'ils me disent qu'ils m'aiment, ou qu'ils sont fiers de moi, ou qu'ils sont heureux de me voir comme ça... même s'ils le pensent, ce n'est pas pareil que de le dire, parce que j'ai les larmes aux yeux rien que de penser à quel point cette reconnaissance me manque [...]. [...] Je sais que j'ai peur de décevoir les autres, de leur montrer une personne qu'ils ne reconnaissent pas et qui leur déplairait forcément puisque je m'efforce à me le cacher, même à moi ; mais je n'arrive pas à dépasser cette peur, à acquérir plus de confiance en moi sur ce plan. » (Jeammet, 2004a, pp. 107-109).

La relation boulimique, par exemple, est caractérisée par son appétence relationnelle : elle recherche continuellement et sans maîtrise un objet à consommer ou sur lequel s'appuyer.

Mais, comme on l'a déjà vu, on trouve souvent aussi la tendance à vouloir effacer et détruire le lien relationnel et à vouloir s'éloigner d'un Autre, surtout dans les conduites

restrictives où l'exigence de la maîtrise amène le sujet à rejeter la sujétion structurelle de l'Autre (Recalcati, 2002), « en refusant la dépendance symbolique qui le lie aux signifiants de l'Autre, le sujet anorexique refuse sa propre séparation en se posant comme sujet froid, intègre, pétrifié, non châtré, compact » (Recalcati, 2010, p. 6).

Une défense identitaire pour sauvegarder le moi peut être celle de soumettre, avec un jeu manipulateur, la personne dont le sujet se sent narcissiquement dépendant à une dépendance semblable à l'égard de soi (Jeammet, 2004a). En prenant l'exemple de l'anorexique, comme nous explique Ansermet (2012), elle, « comme l'hystérique, met en échec celui qui veut quelque chose d'elle » (p. 150) et de cette manière elle montre l'impuissance de l'Autre.

Cela dit, on se trouve devant une contradiction : le sujet désire la relation avec autrui mais en même temps il la refuse. Jeammet (2004a) relève bien le paradoxe propre aux relations objectales dans le phénomène anorexique-boulimique, en disant que « l'absence de lien menace, tout comme leur existence est menacé d'intrusion et de soumission du moi. Et la personne dont dépend la malade est doublement nécessaire mais aussi doublement dangereuse : nécessaire pour créer du lien et du sens, indispensable au moi pour qu'il se sente exister, et pour calmer l'excitation née du risque d'intrusion ou d'absence, les deux se conjuguant pour souligner l'importance de l'autre, et toujours au détriment du moi. » (p. 90).

En outre, dans l'histoire clinique, nous observons, surtout chez les adolescentes avec des conduites restrictives, une opposition entre dire et faire, ou mieux, une coexistence contradictoire des deux, elles font en effet souvent le contraire de ce qu'elles affirment. Il y a ainsi un écart entre ce qui est fait et ce qui est dit et entre le désir et l'attitude (Jeammet, 2004a). Elles disent aller bien malgré le refus de la nourriture, les vomissements, l'activité physique excessive et l'isolement social, on voit souvent de l'indifférence, de la répression ou du déni de leur part. Plusieurs auteurs ont évoqué une dualité interne chez ces filles, la non-reconnaissance des liens entre deux attitudes contradictoires, ce qui est appelé clivage du moi, et ici le clivage est un mécanisme de défense (Jeammet, 2004a ; Revaz, 2003 ; Vust, 2012). « Il y a deux personnes en moi, une qui veut guérir et l'autre qui me pousse à faire ce qu'il ne faudrait pas faire. Je le sais, mais c'est plus fort que moi » disent-elles souvent (Jeammet, 2004a, p. 33). Dans le prochain chapitre il sera évoqué qu'un des objectifs de la thérapie est justement la prise de conscience de le lien entre ces « personnalités ».

La thèse de Recalcati considère l'anorexie-boulimie comme un phénomène plutôt que comme une structure. Il s'agit, selon lui, d'un phénomène qui tend à cacher la structure du patient et donc la spécificité de sa position subjective (Recalcati, 2007a).

Il est ainsi très important aller au-delà de ce que l'on voit, des faits concrets - du corps maigre ou obèse et des pratiques compulsives avec la nourriture et des descriptions des phénomènes psychopathologiques. Le diagnostic différentiel et l'individuation de la structure de la personnalité du sujet nous aide à orienter la thérapie de façon efficace, sans perdre de vue l'unicité de chaque individu (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

L'anorexie, la boulimie ou la conduite alimentaire atypique ne se conjuguent pas au singulier, il existe différentes formes cliniques d'anorexie, de boulimie et de conduites alimentaires atypiques (Recalcati, 2007). Si nous observons – à l'extrême – les adolescentes ayant des conduites anorexiques, elles apparaissent physiquement semblables, mais si nous voulons apporter un diagnostic différentiel il faut détailler la structure de la personnalité que le phénomène apparemment monochromatique et homogène de l'anorexie recouvre (Recalcati, vidéo 2011).

Dans l'enseignement de Freud et de Lacan la discontinuité structurelle entre névrose et psychose est vue comme essentielle. Avec le développement de la psychanalyse on s'est engagés dans une continuité entre névrose et psychose tout en effaçant la rigueur de la différence entre les structures soutenues par Freud.

Dans la pensée freudienne la personne névrotique n'est jamais maître d'elle-même, par conséquent, on peut articuler que « le symptôme névrotique est une marque de l'opérativité symbolique de la castration » (Recalcati, 2010, p. 6) et que le choix anorexique est loin de cela. En suivant la thèse de Lacan, la névrose indique une position du sujet soutenue par le refoulement comme symbolisation originaire et qui a comme effet une perte de jouissance du corps et même la pulsionnalité du corps (Marruchi, 2012). Le symptôme névrotique produit une vacillation de l'identification du sujet, en le séparant et en désorientant l'identité imaginaire constituée par le moi (Recalcati, 2010).

La position du sujet dans la psychose, par contre, est conditionnée par un échec de l'action originaire du refoulement. Cet échec de la symbolisation œdipienne laisse l'individu à la merci d'une jouissance non localisée, ayant pour effet que le sujet devient l'objet réel de la jouissance de l'Autre (Marruchi, 2012).

En partant de cette de ces points de vue nous pouvons retrouver de façon sous-jacente aux TCA typiques ainsi que dans les formes atypiques, toutes les grandes structures psychiques : névrose, psychose et perversion. Selon les sujets, la structure

peut apparaître de manière plus ou moins apparente et de toute façon elle ressortira dans l'évolution du traitement (Ansermet, 2012).

Par exemple, en clinique, le refus, propre aux conduites anorexiques, peut avoir comme finalité de provoquer un manque dans l'Autre ce qui est semblable à une forme d'appel, une injonction: « Peux-tu me perdre ? ». Cela pour souligner le caractère névrotique propre à ces adolescentes. Mais on retrouve la même dynamique hystérique aussi dans l'adolescente atteinte d'un trouble hyperphagique, les deux, en effet utilisent des manœuvres subjectives de manière à faire naître chez l'Autre l'envie de leur procurer des soins. Le névrotique naît dans le champ de l'Autre, il s'offre comme objet, identifié à l'objet du désir de l'Autre, il répond par le fantasme et il traite l'angoisse en se faisant représenter par un signifiant, en établissant une articulation entre le fantasme et une version de l'objet (Ávola et al., 2010 ; Recalcati, 2007a ; Recalcati, 2010).

Dans la psychose, par contre, l'extraction de l'objet n'est pas possible et le sujet lui-même s'offre comme objet en vue d'être aimé ou persécuté dans la jouissance de l'Autre (Ávola et al., 2010).

Poser un diagnostic différentiel ne sert pas à classer les sujets, mais permet d'orienter leur traitement de la façon la plus efficace possible.

Le clinicien doit savoir qu'il n'est pas toujours possible d'intervenir en corrigeant. C'est-à-dire qu'il y a des anorexiques, des cas extrêmes, qui ont un besoin vital d'être anorexiques et si on tente « d'enlever » la structure narcissique qui est à la base ces sujets une décompensation psychotique peut survenir, il y aura alors des attaques de panique, des hallucinations et des délires. C'est ici que se situe la difficulté du travail clinique, on ne peut pas corriger le symptôme si on n'a pas conscience de la structure de personnalité de l'adolescente (Recalcati, 2007).

3.5. La pronostic des troubles alimentaires atypiques et les thérapies

Comme nous l'avons souligné précédemment, il existe peu de littérature concernant l'évolution des troubles de conduites alimentaires atypiques, mais comme le déclare Jeammet (2004a), l'évolution des adolescentes souffrant d'un trouble alimentaire reflète la diversité de leurs personnalités. Vust (2012) observe qu'une partie des adolescentes avec des difficultés alimentaires a tendance à régresser spontanément vers la guérison, une autre partie des patientes s'améliore rapidement, alors qu'une dernière partie nécessite de plus de temps et d'une prise en charge spécialisée. Il est également possible qu'un trouble atypique se transforme et s'aggrave en devenant un trouble

typique pouvant conduire l'individu jusqu'à la mort (Vust, 2012). L'histoire clinique des patientes nous montre que, dans la plupart des cas, la sortie de ces troubles n'est pas aisée, elles peuvent avoir des symptômes résiduels, des rechutes ou enfin, les troubles peuvent se chroniciser. « Je pense que c'est un problème dont finalement on ne sort jamais, et il faut vivre avec, je n'en fais pas un drame » (E. in Vust, 2012, p. 82). Jeammet (2004a) estime que le risque de chronicité est très important chez les adolescentes n'ayant pas un plan pondéral trop alarmant, et qui ne nécessitent pas d'une hospitalisation, elles stagnent pendant des années dans une souffrance physique et psychique. De conséquence même ces formes atypiques peuvent avoir des graves répercussions psychiques, physiques et sociales.

Comme pour les troubles typiques, les spécialistes observent parfois une association et une concomitance entre le trouble alimentaire atypique et un trouble de la santé mentale ou une difficulté psychique notamment d'ordre dépressif et anxieux qui peuvent avoir comme conséquence la plus extrême, le suicide (Vust, 2012 ; Jeammet, 2004a ; Petitpas et Jean, 2011). Dans ces cas, les soins pharmacologiques ne sont pas exclus, mais il est souhaitable d'en faire une utilisation combinée avec la parole, donc une psychothérapie. De plus, un suivi au niveau somatique est nécessaire (Guercioni et Nicastrì, 2009).

Nous ne prendrons pas en compte ici les conséquences physiques et les troubles corporels dus à la pathologie alimentaire.

Dans la pratique psychanalytique on met le sujet au centre de l'intervention thérapeutique en suivant un véritable postulat éthique : le sujet est toujours responsable, c'est-à-dire que tous les actes ne prennent leur sens que par l'intermédiaire du sujet, il doit les investir et leur donner un sens afin qu'ils puissent avoir un impact. Ni la famille, ni l'industrie de la mode ne sont le virus dans le trouble alimentaire, du point de vue psychanalytique, le sujet est toujours responsable de ce qu'il a (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Bien sûr, cela ne veut pas dire que la famille et l'industrie de la mode ne soient pas des facteurs favorisant l'apparition des troubles alimentaires mais ils n'en sont pas les causes primaires. Justement, l'individu ne vient pas de nulle part, il est en interaction avec son environnement, il a une famille et donc il y a une implication de celle-ci, mais nous ne pouvons jamais faire de la famille la principale cause du symptôme (Recalcati, vidéo 2011). Le sujet a toujours la possibilité de faire quelque chose de ce que les autres ont fait de lui, c'est cela la liberté et la responsabilité de la personne.

La pratique psychanalytique traite aussi le symptôme en tenant toujours compte de la particularité du sujet, en s'efforçant de faire émerger ses propres mots, par la révocation

de son histoire, en parlant de la fonction et de l'importance que la solution anorexique ou boulimique (typiques ou atypiques) a eu pour lui (Guercioni et Nicastri, 2009).

En ce qui concerne la prévention primaire des troubles alimentaires chez les adolescents, elle a un rôle important pour ces derniers, il est donc fondamental de s'arrêter sur son niveau : il n'est pas suffisant de prévenir ce choix dramatique. La prévention n'est pas la connaissance, car savoir comment bien faire n'est pas suffisant. La vision rationaliste de la prévention est une illusion, et donc l'explication de pratiques et des comportements nocifs aux adolescents peut, paradoxalement, avoir pour effet de les encourager (Recalcati, vidéo 2011). Déjà Lasègue (1873) et plus tard Corcos (2005b) disaient que la diffusion des bonnes connaissances ne modifie pas les pratiques pathologiques et que l'interdiction rend l'objet plus appétissant et fascinant. L'accent dans la prévention peut être mis sur les « valeurs de la vie et de bien-être qui ne sont pas reliés à l'apparence ni au poids » et sur « les valeurs inconditionnelles de réalisation de soi et de satisfaction interne, reliées à la personne et non plus aux performances ou à l'apparence » (Ambresin et Vust, 2010, p. 11). Selon Recalcati la vraie prévention, n'est pas d'ordre éducatif, mais elle s'engage à sauver le désir des jeunes, il s'agit de prévenir en nourrissant les adolescents sans désir, ni passions, ce sont eux qui sont le plus à risque et la psychanalyse intervient justement là où le désir vient à manquer. C'est pourquoi, la vraie prévention est faite à travers les témoignages (Recalcati, vidéo 2011). Comme le rappelle Corcos (2005b) la prévention est plus efficace quand elle peut aider les parents de façon à ce qu'ils puissent eux-mêmes créer un espace d'ouverture et de parole pour les enfants et les adolescents qui traversent un période difficile avec l'image de leur corps.

Comme nous l'avons déjà dit tout au long de ce mémoire, il ne s'agit pas de considérer le trouble alimentaire comme maladie de l'appétit, mais plutôt d'adopter la perspective que ces troubles sont des positions du sujet. « *Ma mère cherchait un régime pour trouver une solution* » (L. dans Vust, 2012, p. 50), la solution n'est pas dans le régime mais elle se trouve dans la personne elle-même ! En essayant de corriger l'alimentation on risque de ne pas démonter le symptôme mais plutôt de le renforcer. Le soin ne doit pas agresser directement le symptôme, mais travailler de façon à ce que le désir se débloque en vue de revitaliser l'atrophie des besoins corporels et pour que l'appétit retrouve son rythme (Guercioni et Nicastri, 2009). Or, le soin ne peut jamais se limiter à la réadaptation du sujet à la bonne norme et donc à la normalisation de l'appétit. Ce qui définit le trouble alimentaire atypique est différent selon la personne, il n'est jamais semblable et se cache derrière un syndrome qui semble être pareil pour toutes (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Il faut réfléchir ici à ce que l'on souhaite soigner. En psychanalyse, le symptôme ne

dénote pas simplement l'altération de la fonction de la « machine corps », mais comme Freud le disait, il s'agit du « retour du refoulé » et donc du retour d'une vérité que le sujet ne veut pas reconnaître (Guercioni et Nicastri, 2009).

Cela dit, nous rappelons que l'éducation alimentaire a son importance, mais que ce n'est pas suffisant pour qu'une thérapie prenne du sens. Le symptôme porte, en quelque sorte, un message pour le sujet.

C'est pour cette raison que dans les centres Jonas, les thérapeutes commencent par « lire » le symptôme et tenter de comprendre à quoi sert le trouble alimentaire pour le sujet et quel avantage il apporte dans la vie de l'adolescente. Il s'agit donc de faire parler le symptôme et de traduire sa valeur, son sens pour le sujet (Guercioni et Nicastri, 2009). Le vrai sujet du soin est le patient et non pas son comportement, c'est lui qui parle et raconte sa vie et c'est lui qui peut attribuer une valeur de vérité à son symptôme. Donc, la rencontre sera possible à travers la parole du sujet et avec son histoire unique. Pour que la thérapie porte ses fruits il est nécessaire que l'Autre, auquel l'adolescente s'adresse « puisse extraire le particulier du tableau universel et répétitif » (Ansermet, 2012, p. 153) des troubles alimentaires, en valorisant une clinique du sujet. Le soin psychanalytique comporte, en outre, le soin de la parole qui passe à travers le transfert et donc à travers la relation qui se crée entre le thérapeute et le patient (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Dans ses textes, Recalcati évoque souvent le problème que beaucoup de thérapeutes rencontrent au long de leur activité clinique : le sujet emprisonné dans le chaos résultant de la cyclicité des troubles alimentaires, demande à être aidé de façon à pouvoir retourner à cette jouissance et à cette toute-puissance propre à l'anorexie. Cet extrait exprime bien cette fascination paradoxale : « Que je souffre d'anorexie, c'est trop dire ; le pire c'est que je n'en souffre presque pas... mais il me semble que je n'aurais, pour cesser d'être, qu'à m'abandonner. Dans ce que j'écris ici qu'on n'aille point voir de désespoir : mais plutôt de la satisfaction » (Gide, 1952).

La problématique thérapeutique essentielle consiste à donner la place et à exprimer un vide qui est bien souvent un vide affectif et relationnel, même s'il ne peut pas être perçu comme tel au début du traitement, où le symptôme n'est pas métaphorisé.

Mais comment une thérapie psychanalytique portée sur la parole, peut-elle peser sur une pathologie qui investit si radicalement la dimension du corps ? L'opinion de Recalcati à ce propos souligne que la psychanalyse classique ne fonctionne pas avec ce type de sujets hypermodernes et souvent caractérisés par une connaissance très ample en ce qui concerne les troubles alimentaires (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Le but clinique devient, alors, celui de permettre à la personne de réfléchir sur le sens du symptôme tout

en l'insérant dans son histoire de vie et donc en le historicisant (Guercioni et Nicastri, 2009). Dans ce contexte, la thérapie peut offrir un espace d'écoute pour donner la parole aux poids qui pèsent sur le corps des patientes (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Il est très important de pouvoir transformer la demande initiale de l'adolescente souffrant de conduites anorexiques-boulimiques, en recherchant les causes de l'origine de la maladie, en rappelant les épisodes marquants de sa vie et la façon dont elle les a vécus. Ceci de manière à ce que ce nouveau savoir puisse pousser l'individu à modifier les choix qu'il a fait et les avantages paradoxaux qu'il obtient de sa maladie (Guercioni et Nicastri, 2009). Il s'agit de relâcher, avec le temps, le lien avec une jouissance enfermée en soi, pour que la personne puisse renouer avec un lien social. Avec les adolescentes souffrant de conduites liées à l'avidité, il s'agit, par contre, de réaliser dans le soin une augmentation de la conscience en vue de provoquer un changement de sa décision (Guercioni et Nicastri, 2009).

Le but est vraiment de déplacer le focus de l'effet visible aux attitudes intérieures, c'est ce que révèle le bien ce passage dans l'évolution de la maladie de M. : « Ça n'a pas été seulement au niveau de la nourriture, j'ai l'impression que chez moi ça c'est vraiment beaucoup passé au niveau de mes émotions et les exprimer aussi, mettre des mots sur ce que je ressentais, ça c'était la chose la plus importante, de les reconnaître aussi, de dire : "Là, je suis en colère, là je suis heureuse". Quand on prend conscience de ses émotions, tout le reste change, j'ai vraiment eu l'impression d'apprendre à me connaître et de me trouver » (Vust, 2012, pp. 80-81).

En outre, le soin des troubles alimentaires tente d'aller plus loin dans le couple autonomie-indépendance et à faire accepter la relation avec l'Autre, de façon à pouvoir réhabiliter le désir et permettre de croire en une autonomie réelle (Guercioni et Nicastri, 2009).

La vraie question du soin se trouve dans la difficulté de faire face à cette jouissance, présente dans les troubles alimentaires typiques ainsi que dans les formes atypiques, qui est au-delà du principe du plaisir et de se demander comment remédier à cette pulsion mortifère (Recalcati, 2011). La thérapie nécessite de temps et de patience et elle n'est possible que grâce à une bonne relation entre le thérapeute et le patient (Jeammet, 2004b). Le transfert est le seul vecteur dans le soin qui soit capable de remettre en mouvement la particularité du sujet, en déplaçant l'attention de la nourriture, sur la subjectivité et l'obsession pour l'image du corps maigre, sur la personne. En outre, respecter la condition de la maladie est la première chose à faire pour établir un soin et pour ne pas produire un refus. La confiance dans la thérapie, la gentillesse, le respect pour le symptôme sont tous des aspects qui se réalisent dans le transfert. Le soin devient donc

un accueil du malaise puisque le thérapeute ne peut pas soigner le symptôme sans avoir compris ce qu'il représente pour le sujet. Tous ces moyens réduisent l'angoisse du patient et permettent l'ouverture de l'inconscient et la recherche dans le passé en retraçant l'histoire personnelle de l'individu (Recalcati, 2002 ; Recalcati, 2011).

Voici quelques lignes d'un témoignage qui montre la liberté qu'on ressent quand on n'est plus malade, après des années de thérapie individuelle et de groupe :

« Aujourd'hui j'ai 22 ans, je suis bien. Je souris et ressens la joie. Je ris, je pleure, je suis en contact avec mon corps et avec mes émotions. Ces six dernières années ont été pénibles, mais je crois que je ne les changerais pas. Elles m'ont permis d'être qui je suis, de renforcer mes valeurs, de croire en moi, et d'apprendre à être qui je suis... C'est comme si je renaissais. Une vie sans la maladie, c'est libérateur, mais ça fait peur. Maintenant, mes pensées m'appartiennent, à moi. J'ai du temps, plein de temps. Je revis, je me construis, je m'ouvre à la vie... je souris. C'est beau la vie sans la maladie ! » (Sarah in Petitpas et Jean, 2011, p. 25).

Le travail thérapeutique, quelle que soit la structure du patient, devrait viser à « toucher à l'unique, restituer le sujet comme exception » (Ansermet, 2012, p. 153). Le phénomène pathologique peut être considéré comme le même pour chaque patient, mais la fonction développée par l'économie psychique du sujet est entièrement et fondamentalement individuelle (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). En effet, la "sortie" du trouble alimentaire est extrêmement individuelle. Chaque patient, dans son unicité, développe, avec le temps, son parcours vers la santé et l'équilibre psychique.

En plus de la thérapie individuelle, plusieurs recherches ont démontré que la thérapie de groupe avait un effet apaisant et soulageant pour les adolescentes confrontées aux troubles alimentaires qui traversent une période délicate, où les pairs ont une grande importance (Ávola et al., 2010 ; Petitpas et Jean, 2011 ; Vust, 2010 ; Vust, 2012). Le sujet trouve dans le groupe du soutien, des conseils et un moyen de comparaison. Le groupe constitue un lieu d'échange où l'avantage est de pouvoir partager un phénomène avec des personnes qui vivent la même souffrance. En plus d'être un soutien il permet aussi de se familiariser et de sortir du sentiment d'incompréhension de la part des autres et de solitude (Ávola et al., 2010 ; Vust, 2010 ; Vust, 2012) : « Je pense que ce qui m'a surtout beaucoup aidée, c'était juste me rendre compte qu'il y avait d'autres personnes qui étaient dans le même cas que moi, et que je n'étais pas toute seule en fait, et juste de voir qu'il y avait d'autres filles qui étaient peut-être même dans des états "pires", ça m'a, je pense, un peu réconfortée, et je me suis dit "mais en fait pourquoi je me prends la tête avec ça". » (F. in Vust, 2012, p. 109).

Mais, au début, la comparaison avec les autres n'est pas toujours facile : « [...] je fais une thérapie pour les troubles alimentaires. Je dois faire face à des filles qui ont le même problème. C'est difficile. Je trouve qu'elles font pitié, mais je suis dans la même situation qu'elles. Ça me choque, je me rends compte dans l'état dans lequel je suis. C'est difficile. La maladie trouve qu'ils nous font trop manger. Je pense à quitter la thérapie. Ce n'est pas pour moi, cette thérapie, je ne suis pas si pire, les autres sont beaucoup plus malades que moi. Je décide de rester. Je grandis... J'apprends énormément sur la maladie, sur moi. Je vois enfin la lumière au bout du tunnel. Ça fait du bien de la revoir, cette lumière. Je crois au rétablissement, je le vois, je le touche. » (Sarah in : Petitpas et Jean, 2011, pp. 24-25).

Il s'agit de mettre l'accent sur les difficultés d'existence du groupe et de les rendre visibles à travers la parole et en les systématisant.

Le groupe est un outil valide pour diriger un chemin de « subjectivation ». En effet, l'initiale identification de masse anonyme du patient peut se développer en une identification groupale, en « nous » qui faisons partie du groupe thérapeutique (Recalcati, 2002). Le but de la thérapie groupale est en fait de rendre le groupe chaque fois plus transparent à lui-même, aux effets que chacun des membres peut mettre en jeu, en adéquation avec les progrès de l'ensemble (Ávola et al, 2010). Ensuite, le groupe permet d'exprimer et d'élaborer les problématiques alimentaires rencontrées, mais il permet aussi le travail sur d'autres niveaux, comme la régulation des affects, l'image corporelle, l'estime et la confiance en soi ainsi que d'améliorer le processus de séparation-individuation et l'aspect relationnel et familial (Vust, 2010 ; Vust, 2012 ; Gebhard et coll, 2011). A travers l'aide du groupe il est possible d'activer un parcours qui vise à renforcer le lien avec l'Autre (Recalcati, 2002).

Il a été enfin démontré que l'implication du groupe familial dans le traitement thérapeutique est fondamentale puisqu'elle renforce les bénéfices du travail que la jeune patiente fait et favorise le maintien des améliorations acquises (Jeammet, 2004b ; Pomerleau, 2001 ; Vust, 2010). La thérapie familiale devrait, en outre, conduire les parents, chacun avec ses propres responsabilités, à reconnaître leur implication dans la souffrance de leur fille, souffrance qui exprime, comme on l'a déjà évoqué, très souvent un malaise dans la couple parental ou d'autres souffrances subjectives d'un des parents. En subjectivant la position des parents ils peuvent s'interroger sur le rôle qu'ils peuvent avoir eu dans le déclenchement du trouble alimentaire de l'adolescente (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

CHAPITRE 4

DISCUSSION

En se focalisant sur le refus ou sur l'excès alimentaire, on finit par oublier que les différentes manifestations du trouble alimentaire atypique sont porteuses d'une signification cachée pour l'individu et pour le groupe familial tout entier, mais elles sont en premier lieu à considérer, en citant Recalcati, comme des « positions subjectives » et non pas comme l'évidence d'un phénomène. La déclinaison des positions subjectives nous permet effectivement de repérer le trait différentiel de la pathologie du sujet. (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Nous retenons que les TCA, dans leurs formes typiques ou atypiques, ne peuvent et ne doivent pas être considérés uniquement comme une simple recherche de beauté extérieure. A notre avis, ils doivent, par contre, être vus comme une profonde crise intérieure et donc comme un appel à l'aide. Le trouble alimentaire est révélateur d'une quête de reconnaissance de son propre chagrin, d'une douleur de vivre, d'une difficulté à s'accepter, et il est aussi porteur d'un chagrin si fort et si déchirant qu'il est impossible à dire, à raconter et qui s'exprime dans la manifestation du refus du corps. « Ce n'est pas que l'anorexique-boulimique va mal car elle vit pour la nourriture, en réalité, elle vit pour la nourriture car elle va mal » dit justement Recalcati (in Recalcati et Zuccardi Merli, 2006, p. 89, Trad. de l'auteur).

Cela dit, il est vrai qu'aujourd'hui, l'interprétation des psychothérapeutes se trouve face à une grosse difficulté : comme le disent Recalcati et Zuccardi Merli (2006) le langage du symptôme a changé, car il semble que dans les troubles alimentaires il n'y ait plus un sens inconscient à chercher. La clinique nous montre que le phénomène anorexique-boulimique moderne ne métaphorise plus un message du « retour au refoulé » comme Freud le disait. « Je suis anorexique », « je suis boulimique », ou encore « je souffre d'un trouble alimentaire atypique » sont toutes des identifications - rigides et sans dialectique - au symptôme que le sujet-même s'attribue. Dans ces identifications, supportées par le discours social, le sujet finit par se perdre en n'existant plus en tant que sujet particulier et unique (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). A ce propos Jeammet (2004a) nous dit : « l'adolescente s'y agrippe alors, comme à une bouée de sauvetage, son seul moyen de garder le contrôle étant d'adhérer à son comportement, de se l'approprier afin de se sentir exister. Il devient une identité de substitution à laquelle elle se cramponne pour ne pas se perdre » (p. 35). C'est pour ce motif qu'on ne peut pas penser de corriger l'habitude alimentaire ou d'« enlever » le trouble, qui se révèle notamment comme un

vrai soutien sans lequel le sujet risque de tomber. Dans ce cas, il s'agirait de prendre la cause pour l'effet et cette erreur ne peut qu'amener à un renforcement du symptôme anorexique-boulimique. D'après Recalcati, il faut tout d'abord "ouvrir" un espace discursif de manière à ce que l'adolescente puisse symboliser le symptôme et voir le vide qui l'habite (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Seulement à ce moment l'interrogation fondamentale qui se pose est : « si je ne suis pas X, qui suis-je ? ».

Nous utiliserons cet espace de discussion en le répartissant sur deux axes : un premier axe qui prend en compte le sujet avec un TCA dans sa rencontre avec le groupe et la société et donc de façon intersubjective et ensuite un deuxième axe intra-sujetif qui considère le trouble alimentaire comme quelque chose qui arrive à l'intérieur de la personne. On distingue ces deux axes par souci de clarté, mais en gardant toujours à l'esprit que, selon la pensée psychanalytique, ils sont toujours mêlés (Freud, 1937).

4.1. Le trouble alimentaire atypique comme réponse au contexte socioculturel

Dans notre époque hypermoderne ce qu'on observe dans le sujet souffrant d'un TCA atypique restrictif ou hyperphagique est un vide constitutionnel et criant, bouché par des substances de jouissance : le principe du plaisir est immédiatement apaisé. On assiste à une primauté absolue de l'objet réel sur le signe d'amour, à une primauté de l'objet-nourriture qui tente illusoirement de combler de façon immédiate le vide de l'objet perdu. La fausse démocratie du marché vise à remplir de jouissance et d'images l'adolescent afin qu'il ne lui manque rien, mais on oublie que le manque de l'être humain n'est pas un déficit à corriger, car il constitue la condition vitale de l'existence dans ses réalisations créatives (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

Nous avons vu que, avec l'évaporation du Père, l'Autre contemporain est un Autre qui a laissé tomber sa fonction symbolique d'interdiction en faveur d'une loi sociale perverse de jouissance à portée de tout le monde. Lacan (1978) explique cette transformation historique avec le passage du « discours du Maître » au « discours du Capitaliste » qui correspond à cette structure discursive caractérisée par un recyclage sans fin de la jouissance qui bouche la division subjective et ne permet pas l'hystérisation du sujet. A la place du Nom du Père on retrouve un vide primordial qui déstabilise, notamment parce que l'adolescent rencontre quelque chose que l'action du symbolique n'arrive pas à rendre normatif (Recalcati, 2002). Comme le dit Recalcati (2002), en reprenant Lacan, on vit dans le

temps du « naufrage de l'identité », de la dispersion et de la fragmentation, dans un temps sans « voies symboliques, idéales et normatives » (p. 156).

Pour toutes ces raisons, la jeune anorexique-boulimique choisit la vie de la dépendance, en se rendant esclave de l'objet, pour compenser la fragilité des liens sociaux. Ici, la dépendance et le recours à l'objet, anesthésie la douleur et la fatigue d'exister.

Ce phénomène social hypnotique rend difficile la transformation du symptôme en une demande du sujet concernant sa propre énigme subjective, ainsi que son passage dans la dynamique du transfert. En d'autres mots, il n'y a pas perte de jouissance, ni de symptôme analytique, il n'y a pas une demande d'analyse ni de transfert. Le sujet anorexique-boulimique s'identifie complètement avec son symptôme, qui retrouve son statut de reconnaissance dans la réalité sociale. En effet, sans la substance ou sans l'objet, le sujet n'est plus personne. Dans l'époque où « l'autre qui n'existe pas » (Miller et Laurent, 1996-1997) le symptôme est lié à l'identité du sujet et à sa constitution narcissique (Recalcati, 2002). Un des traits fondamentaux de la contemporanéité consiste ainsi, en un relâchement diffus du lien avec L'Autre qui est comme "déconnecté".

Si on se questionne sur le rôle des médias dans les troubles dont nous parlons, il ne faut pas "démoniser" l'outil, mais plutôt voir comme il est utilisé : Recalcati (2002) dit à ce propos que ce sont les « dégénérescences » qui peuvent soulever des inquiétudes. Certes, comme dans toutes les dépendances, la relation hypnotique avec Internet ou avec les autres médias, peut arriver à rendre passif le sujet en "consommant" son identité.

La fragilité psychique qu'on retrouve dans le phénomène anorexique-boulimique est le reflet de la fragilité inerme de la condition humaine (Recalcati, 2011). Mais, Recalcati suggère justement que le développement du trouble alimentaire ne dépend pas uniquement de la pression sociale, soutenue par l'industrie de la mode, qui encourage à atteindre un corps maigre, car il dépend aussi de comment cette pression sociale est accueillie par le sujet qui est marqué d'une souffrance inexprimé (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). Ainsi, c'est entre la demande sociale de la maigreur et les problématiques plus intimes et subjectives que la pathologie naît et s'installe.

4.2. Le trouble alimentaire atypique comme pathologie de la relation et de l'amour

Recalcati (2002), avec l'introduction du concept « maladies de l'amour » a l'intention d'affranchir les troubles alimentaires de l'idée qu'il s'agit simplement d'un mauvais fonctionnement de la machine-corps et il met ainsi l'accent sur le caractère

relationnel du trouble. Le sujet recherche une satisfaction à la frustration amoureuse qu'il trouve dans un objet réel et accessible, l'objet-nourriture comme partie représentant l'objet d'amour. Le trouble alimentaire n'est donc pas la matrice du malaise, mais il est la conséquence du malaise lui-même ; il est perçu comme une solution pour soulager une condition de souffrance préexistante qui opprime le sujet (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Marruchi, 2010 ; Recalcati, 2002).

Recalcati (2011), à travers son observation clinique, nous montre que le "tout" après chaque prise de nourriture révèle son inconsistance totale et dévoile la ruse intrinsèque au discours capitaliste : l'infinie consommation des objets n'est pas suffisante à combler ce vide qui habite le sujet. Or, on n'a pas la possibilité d'acheter le don d'amour, car il est, par nature, sans prix et hors du marché. Si nous parvenions à définir l'amour dont parle la psychanalyse, ce serait un amour au-delà de toute limite, à ne pouvoir se poser que dans le renoncement à l'objet.

D'un autre côté, les conduites alimentaires restrictives refusent la logique de consommation et créent une crise dans l'offre des biens de l'Autre. Ce refus est guidé par un culte narcissique du corps maigre et donc un culte privé, antisocial et mortifère (Recalcati, 2011).

Nous pouvons mieux comprendre la quête de satisfaction et le vide dont les sujets anorexique-boulimiques souffrent à partir du triptyque de « besoin, demande, désir » introduit par Lacan (1956/1957). Le besoin correspond à manger, boire et dormir et initialement, pour le satisfaire, nous devons passer par la mère. Le besoin entre ainsi dans le cycle des échanges entre la demande de l'enfant et la réponse de la mère. Dans cette dialectique d'échange, la réponse de la mère est vécue par l'enfant comme un don et comme une preuve d'amour. En réponse à la demande, la mère ne donne pas seulement ce qu'elle a, notamment le lait, mais aussi ce qu'elle n'a pas, à savoir l'amour. Cette demande transforme immédiatement le besoin en désir insatiable: ce qui importe n'est plus la chose demandée, mais qui la donne, c'est-à-dire l'Autre. Et accordée, elle se transforme en preuve d'amour. Cependant, l'amour vrai est, pour Lacan (1961), « donner ce qu'on n'a pas », cet amour au-delà de tout objet matériel.

Dans cette perspective, les troubles alimentaires représentent une demande d'amour, dans une période historique où tout le monde a tout et le don de soi est une chose rare. Cette conception met l'accent sur ce « quelque chose en plus » que devrait incarner l'acte d'amour envers quelqu'un (Recalcati, 2007). En effet, donner à l'autre ce que l'on a déjà est assez simple, surtout si c'est quelque chose dont on est riche et qui n'implique pas un renoncement de la part de l'offrant. Ce phénomène est une des raisons qui exclut la

diffusion des troubles alimentaires dans les pays pauvres, là où la nourriture est un bien précieux qui est présent en quantité limitée. Aujourd'hui, dans notre société du bien-être, il est difficile de donner ce que l'on n'a pas car en quelque sorte on a tout, il manque alors l'amour pour le défaut de l'Autre, pour ce qui manque à l'Autre, l'amour authentique pour la particularité défectueuse de l'Autre. Les conduites alimentaires restrictives montrent que le sujet refuse de n'être nourri que physiquement et à bas prix, sa demande est une demande d'amour qui se pose au-delà de la dialectique de la consommation. L'amour n'est pas un bien qui s'achète au supermarché ou dont on peut faire des provisions (Ansermet, 2012 ; Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007).

Le lien entre anorexie et amour était déjà étudié par Winnicott (1965 ; 2010) qui observait que les troubles de l'appétit pendant l'enfance pouvaient être ramenés à un doute de l'enfant par rapport à l'amour maternel. L'enfant demande à celui qui lui prodigue les soins de ne pas être que nourri, mais aussi et surtout d'être aimé, d'être reconnu et considéré important dans son unicité. Quand l'enfant a un doute concernant l'amour de l'Autre il refuse l'objet (la nourriture) et donc ce que l'autre lui offre. Et voilà que ce type de refus assume un rôle d'appel, l'enfant raisonne en termes de bonne ou de mauvaise alimentation et déplace ce raisonnement sur la relation qui devient soit bonne soit mauvaise (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Winnicott, 2010).

Nous avons vu qu'habituellement les adolescentes ayant ces troubles ont des familles où la richesse abonde, les objets abondent, tout abonde, mais dans l'abondance des objets manque le signe d'amour.

Comme l'affirme Lacan (1956-1957), le rien manger, dans la phase anorexique, montre qu'une totalité de choses, de cadeaux ne font pas l'amour. La faim n'est pas satisfaite par une cuillère comble donnée distraitement, cette faim exige l'Autre. L'adolescente refuse l'objet en vue d'avoir le signe de l'amour, le signe qui montre qu'elle est quelque chose pour l'Autre et non un tube digestif. A travers le refus de se nourrir l'adolescente cherche à faire émerger dans l'autre le désir et elle cherche à incarner l'objet du manque de l'Autre (Guercioni et Nicastri, 2009 ; Recalcati, 2007a). Son propre corps est utilisé comme otage de manière à extorquer à l'Autre ce qu'il ne lui a jamais concédé : la preuve de son amour.

A l'extrême, l'anorexique est disposée à mourir pour l'amour, pour voir si l'Autre est prêt à la perdre et arrive à vivre sans elle. Son appel est radical et son refus est dialectique, elle refuse l'objet pour avoir le signe de l'amour (Recalcati, 2002 ; Recalcati, 2007a). Mais l'amour n'est qu'un côté de la médaille, l'autre est la haine. Le binôme amour-haine est souvent présent dans les relations, par exemple, on peut détester une personne qu'on

aimait précédemment, mais qu'on ne peut plus avoir. Dans les crises boulimiques le sujet, par contre, accomplit l'opération contraire, dans la mesure où il n'a pas eu le signe d'amour, le signe d'avoir eu de la valeur pour l'Autre, alors il dévore l'objet de façon illimitée et infinie. L'adolescente cherche à compenser l'absence du signe à travers l'absorption incontrôlée de l'objet (Recalcati, 2002 ; Recalcati, 2007a).

Or, il est important de souligner la contradiction que la clinique rencontre entre amour et signe d'amour dans l'expérience anorexique-boulimique.

Recalcati (2011) observe que ce qui change dans la clinique d'aujourd'hui par rapport à celle lacanienne, est la position, non plus romantique, de l'anorexique-boulimique, mais plutôt nihiliste. Nihiliste dans le sens que le vide recherché par le sujet atteint d'un TCA devient une jouissance en soi, qui est dévitalisée et détachée de la dialectique du désir ; un rien qui n'a plus la fonction d'objet séparateur. Dans ce sens, la jeune anorexique-boulimique est habitée d'un vide paradoxal plein de jouissance mortifère (Lacan, 1984). Recalcati (2011) observe que l'anorexie moderne est plus dans le côté de la mélancolie que dans celui de la demande d'amour. Selon lui, aujourd'hui on fait face, en termes de structure, à un glissement de l'hystérie à la psychose. Freud, dans son œuvre « Deuil et mélancolie » (1915/1917), souligne que le sujet mélancolique est confronté à une absence insupportable et il refuse et renie l'expérience du deuil, qui signale une impossibilité de se séparer de l'objet perdu. Dans les formes dépressives graves il parle d'« anti-deuil », où le sujet s'identifie avec l'objet perdu à travers une pulsion de mort. Freud (1915/1917) nous explique que quand l'objet aimé meurt il amène aussi avec soi une partie du Moi du sujet et cela signifie qu'il meurt aussi une partie de lui avec la perte de l'objet. C'est ainsi que dans le phénomène anorexique-boulimique l'amour est une expérience d'appauvrissement du Moi en faveur de l'objet.

Si l'amour est la recherche de l'objet dans le champ de l'Autre, l'« anti-amour », dont parlent Miller et Laurent (1997-1998), est l'impossibilité de l'amour et donc d'un transfert primaire. Dans cette dernière position, l'objet perdu ne tombe pas dans le lieu de l'Autre et il ne dirige pas le sujet à sa recherche à travers l'Autre, mais cet objet perdu se matérialise dans l'objet-nourriture, ou objet-drogue, qui est, comme nous l'avons vu, un objet qui coupe le lien avec l'Autre, un objet qui aliène. En bref, l'anti-amour indique cette rupture entre le sujet et l'Autre (Recalcati, 2002).

C'est ainsi que le trouble alimentaire devient une manière de survivre comme sujet du désir, en s'éloignant d'un Autre dévorant ou qui n'arrive pas à donner son signe d'amour. Le trouble est la chose la plus précieuse, qui se substitue à l'unicité du sujet.

Enfin, la clinique du vide d'aujourd'hui selon Recalcati (2002) est une clinique de l'« anti-amour » et de l'absence du transfert. La souffrance, qui n'est pas liée à la métaphore symptomatique, se concrétise dans l'expérience d'un « vide chronique » en utilisant l'expression de Kernberg¹⁵.

Dans les situations graves, celles mélancoliques, le thérapeute fait face à l'impossibilité de travailler avec la parole et à travers l'inconscient. Dans les structures névrotiques on voit par contre une difficulté, et pas une impossibilité, de la séparation. La pulsion de vie implique une séparation de l'objet Idéal perdu. Il ne peut pas avoir une pulsion de vie s'il n'y a pas l'acceptation de la séparation de cet objet.

Le soin psychanalytique n'est pas une bataille contre le symptôme, il ne s'agit pas d'agresser et de vaincre le trouble alimentaire. Recalcati et Zuccardi Merli (2006) expliquent bien que « on ne vise pas à le retour de l'appétit – dont aucune anorexique manque. Nous, éventuellement, visons le retour du désir » (p. 74, Trad. de l'auteur). Le désir n'est pas vu ici comme un but, mais plutôt comme un parcours expérientiel - qui n'a pas d'objet – vers l'authentique du sujet.

¹⁵ Cfr. Kernberg, O. (1984). Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. New Haven (CT): Yale University Press.

CONCLUSION

L'impuissance de la médecine et des certaines psychothérapies cognitive-comportementales dans le soin des troubles alimentaires nous montre que ce qu'il faut soigner n'est pas l'appétit. On ne peut pas confondre la cause avec l'effet : la cause d'une pathologie alimentaire n'est pas de nature organique et elle n'est pas non plus réductible à l'altération d'une fonction dite normale. La clinique du médicament se base sur la centralité de la substance prescrite et sur son efficacité. La psychanalyse, par contre, agit au moyen de la parole, de l'écoute et du transfert de manière à pouvoir conduire le patient à s'interroger sur le sens de ses symptômes et sur, comme Freud le dirait, les contenus du refoulé. L'adaptation sociale mène le sujet anorexique-boulimique à se de-subjectiver et à compenser ou à masquer un vide fondamental dans sa construction narcissique. La thérapie permet de restituer sa subjectivité au sujet et une dignité au symptôme en accueillant le malaise du patient. (Recalcati, 2002 ; Recalcati, 2011 ; Recalcati et Zuccardi Merli, 2006). C'est d'autant plus vrai que la psychanalyse affronte, aujourd'hui, le défi d'une nouvelle clinique et le défi d'une période historico-culturelle qui assiste au « naufrage de l'expérience de l'inconscient », d'où la difficulté à décoder le contenu du symptôme (Recalcati, 2011).

Avec ce travail nous pensons avoir donné une vision plus large de ce phénomène moderne encore méconnu, à savoir les troubles des conduites alimentaires atypiques. Nous espérons, en outre, avoir sensibilisé le lecteur à ces formes alimentaires atypiques encore trop sous-estimés et sur le vide, adialectique et dissocié de l'Autre, qui habite ces sujets. Vide dissocié du manque, vide qui n'est plus la manifestation d'un « manque-à-être », mais qui met en évidence la dispersion et l'inconsistance angoissante vécue par l'anorexique-boulimique (Recalcati, 2002).

Ce travail souhaitait également apporter de nouvelles perspectives sur ces troubles alimentaires et la manière de les prendre en charge.

Nous pensons, ensuite, qu'une limite de ce mémoire peut être due à notre difficulté d'accéder aux données, informations et cas cliniques des personnes souffrant strictement des troubles alimentaires atypiques. La pénurie des études cliniques sur la spécificité du sujet nous a parfois poussé à généraliser des concepts propres à des formes alimentaires typiques à celles atypiques.

En partant de ce travail, il serait intéressant d'approfondir le rôle du sexe masculin en opposition à celui féminin dans les troubles alimentaires atypiques et si en effet celui-ci à une relevance dans la typologie de troubles. Comme on l'a déjà mentionné, le trouble alimentaire chez l'homme est plus rare et le corps n'est pas pris en considération de la même façon que chez la femme. Pourtant, comment expliquer, par exemple, la naissance du trouble moderne nommé *bigorexia* - en combinant le mot anglais "*big*" (grand) au suffixe "*orexie*" (appétit/désir) - ou dysmorphie musculaire ou encore anorexie inversée ? Il semblerait qu'il s'agit d'une dépendance à l'exercice physique dans le but de développer une masse musculaire disproportionnée. Les sujets atteints par ce trouble sont caractérisés par la préoccupation que leur propre corps ne soit pas assez sec et musclé ; ce trouble semble être en augmentation et touche surtout les hommes (Ferrari et Ruberto, 2012).

Enfin, une autre thématique intéressante à explorer concernerait, à notre avis, l'autre côté de la médaille : on a beaucoup parlé de l'amour, mais quelle place la haine a-t-elle dans le discours anorexique-boulimique ? La psychanalyse nous apprend avec Freud que la haine est toujours l'autre face de l'amour et nous trouvons intéressant d'approfondir l'ambivalence et le mélange pulsionnel qui lie amour et haine dans les troubles alimentaires (Recalcati et Zuccardi Merli, 2006).

BIBLIOGRAPHIE

- Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M. et Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73, p. 1107-1115.
- Allouch, J. (2009). Prologue. In J. Allouch (Ed), *L'amour Lacan* (pp. 9-47). Paris : Epel.
- Ambresin, A. E. et Vust, S. (2010). Les troubles des conduites alimentaires (TCA) à l'adolescence. *Dépendances*, Vol. 41, pp. 9-11.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux* (4^{ème} éd.) (J. D. Guelfi et al., trads). Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, London : American Psychiatric Publishing .
- Ansermet, F. (2012). *Clinique de l'origine*. Nantes : Editions Nouvelles Cécile Defaut.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod.
- Apfeldorfer, G. (1991). *Je mange, donc je suis. Surpoids et troubles du comportement alimentaire*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Apfeldorfer, G. (2004). *Manger trop sain n'est pas sain*. Consulté (le 05/4/2015) à <http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Anorexie-Boulimie/Articles-et-Dossiers/Manger-trop-sain-n-est-pas-sain>
- Audibert, C. (2008). *L'incapacité d'être seul. Essai sur l'amour, la solitude et les addictions*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Ávola, L. I., Bousoño, N., Cucagna, A., Kicillof, C. et Racioppi, A. (2010). *Corpo, sofferenza e gruppo, cartoline della nostra epoca*. Trapani: Di Girolamo.
- Bardone-Cone, A. M. et Cass, K. M. (2006). Investigating the Impact of Pro-Anorexia Websites: A Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, Vol. 14, pp. 256–262.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. et Bulik, C. M. (2007). Outcomes of Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 40, pp. 293-309.
- Bratman, S. et Knight, D. (2001). *Health Food Junkies. Orthorexia Nervosa : Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York : Broadway Books.
- Brusset, B., Couvreur, C., Fine, A., Jeammet, P., McDougall, J. et Vindreau, C. (1991). *La boulimie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Boujout, E. et Bruchon-Schweitzer M. (2010). Les troubles des comportements alimentaires chez les étudiants de première année : une étude prospective multigroupes. *Psychologie française*, Vol. 55, pp. 295-307.
- Burke, S. C., Cromeens, J., Vail-Smith, K. et Woolsey, C. L. (2010). Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption among College Freshman. *Journal of alcohol and drug education*. Vol. 54, pp. 17-35.

- Castanet, D. (2009, juin). *Des-corps contemporains*. Communication présenté au Séminaire du Champ Lacanien de l'EPFCL, Paris. Consulté (le 29/03/2015) à http://www.champlacanienfrance.net/IMG/pdf/Castanet_M47.pdf
- Chambers, R. A. (2008). Drunkorexia. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol. 4, pp. 414-416.
- Cirillo, S. (2012). Autonomie et dépendance : deux termes qui s'opposent ?. *Thérapie familiale*, Vol. 33, pp. 137-149.
- Corcos, M. (2005a). *Le corps absent. Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Corcos, M. (2005b). *Le corps insoumis. Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris : Dunod.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C. ... Barnekow, V. (éds.). (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, Vol. 6, pp. 1-252. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Dumas, J. E. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Deboek
- Eddy, K. T., Celio Doyle, A., Rienecke Hoste, R., Herzog, D. B. et Le Grange, D. (2008). *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 42, pp. 156-164.
- Ferrari, E. et Ruberto, M. G. (2012). La bigorexia o dismorfofobia muscolare: una nuova patologia emergente. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, Vol. 125, pp. 373-377.
- Freud, A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (P. Kœppel, Trad). Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1912-1913). *Totem et tabou* (M. Weber, Trad.). Paris, Gallimard, 1993
- Freud, S. (1915/1917). *Deuil et mélancolie*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2011
- Freud, S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Torino : Bollati Boringhieri
- Freud, S., (1921) *Psychologie des masses et analyse du Moi*. Paris : Presses Universitaires de France (PUF).
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation* (Ch. et J. Odier, Trad.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. Torino : Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (2013). Trois mécanismes de défense. Le refoulement, le clivage et la dénégation (trad inédite). Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Gebhard, S., Dorogi, Y., Giusti, V., Stagno, D., Lanz, M., Schmidt D., ... Stiefel, F. (2011). Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire. *Revue Médicale Suisse*, Vol. 7, pp. 381-384.
- Geliebter, A. (2002). Newdevelopments in binge eating disorder and the night eating syndrome. *Appetite*, Vol. 39, pp. 175-177.

- Getz, N. (2012). *A Fleur de Peau. Anorexie-Boulimie, troubles du comportement alimentaire*. Lausanne : ABA.
- Gide, A. (1952). *Ainsi soit-il ou Les Jeux sont faits*. Paris : Gallimard.
- Guercioni, P. et Nicastri, C. (2009). *Anoressia e Bulimia, perché sono due malattie dell'amore ?*. Trapani : Di Girolamo.
- Gull, W. (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the clinical Society of London*, Vol. 7, pp. 22-28.
- Hornbacher, M. (2000). *Sprecata*. Milano : Tea.
- Hubert, A. (2004). *Corps de femmes sous influence : questionner les normes*. Paris : Les cahiers de l'OCHA.
- Jeammet, P. (2004a). *Anorexie Boulimie. Les paradoxes de l'adolescence*. Domont : Pluriel.
- Jeammet, P. (2004b). Traitement des troubles du comportement alimentaire. In S. Lebovici et al., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd). Presses Universitaires de France, pp. 1723-1730.
- Jeammet, P. (2005a). Adolescence et dépendance. *Psychotropes*, Vol. 11, pp. 9-30.
- Jeammet, P. (2005b). Le passage à l'acte. *Imaginaire & Inconscient*, Vol. 16, pp. 57-63.
- Jeammet, P. (2005c). Les nouveaux parents face aux nouveaux enfants. In C. Bergeret-Amselek, *De l'âge de raison à l'adolescence : quelles turbulences à découvrir ?*. *Hors collection*, pp. 165-174.
- Jeammet, P. (2007a). L'adolescence aujourd'hui, entre liberté et contrainte. *Empan*, Vol. 66, pp. 73-83.
- Jeammet, P. (2007b). Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement, Une des tâches essentielles de l'adolescence. In A. Braconnier, *L'adolescence aujourd'hui. Le Carnet psy*, pp. 11-20.
- Justine (2008). *Ho deciso di non mangiare più. Una storia di anoressia*. Casale Monferrato : Piemme.
- Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A., Römer-Lüthi, C. et Stoffel-Kurt, N. (2012). *Sixième rapport sur la nutrition en Suisse*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J. et Decobert, S. (1972). *La faim et le corps. Une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Vendôme : Presses Universitaires de France.
- Lacan, J. (1938). Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Essai d'analyse d'une fonction en psychologie (pp. 23-84). In *Autres écrits*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1955). *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1956-1957). *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1959, juin). *Le séminaire, Livre VI, Le Désir et son interprétation*. Paris : Editions de la Martinière.
- Lacan, J. (1961). *Le Séminaire, Livre VIII, le transfert*. Paris : Editions du Seuil.

- Lacan, J. (1962, avril). *Le Séminaire, Livre IX, L'identification*, inédit.
- Lacan, J. (1963, mai). *Le Séminaire, Livre X, L'angoisse*. Paris : Association freudienne internationale.
- Lacan, J. (1964). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Le séminaire, Livre XI*. Paris : Edition du Seuil.
- Lacan, J. (1966a). *Ecrits I*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1966b). *Ecrits II*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J. (1978). Du discours psychanalytique. In *Lacan in Italia/Lacan en Italie (1953-1978)*, Milan : La Salamandra.
- Lacan, J. (1991). *Le Séminaire Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*. Paris : Editions du Seuil.
- Lacan, J., (2003, juin-juillet). Note sur le père et l'universalisme. *La psicoanalisi*, n° 33 : Rome.
- Lasègue, E. C. (1873). De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, Vol. 21, pp. 385-403.
- Lipczynska, S. (2007). Discovering the cult of Ana and Mia: A review of pro-anorexia websites. *Journal of Mental Health*, Vol. 16, pp. 545-548.
- Malaguarnera, S. (2010). *L'anorexie face au miroir. Le déclin de la fonction paternelle*. Paris : L'Harmattan.
- Marruchi, E. (2010). Oralità e disturbi alimentari in psicoanalisi. *Attualità Lacaniana*, Vol. 12, pp. 71-110.
- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y. et Cummins, R. (2008). Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, Vol. 45, pp. 213-218.
- Miller, J.-A. et Laurent, E. (1997-1998). *L'autre qui n'existe pas et ses comités d'éthique*. Cours auprès de le Département de Psychanalyse de l'Université de Paris VIII, Paris. Consulté (le 12/10/2014) à <https://www.dropbox.com/s/gph3rv7og3fpqvf/LAQNEP.zip>
- Mizes, J. S. et Sloan, D. M. (1998). An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified : preliminary support for a distinct subgroup. *International journal of eating disorders*, Vol. 23, pp. 233-242.
- Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, I., Jeannin, A., Addor, V., Butikofer, A., ... Michaud, P. A. (2004). *Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse. SMASH 2002*. Lausanne : Raisons de santé 95a.
- Nelson, J. (2008). *Tu peux sortir de table. Un autre regard sur l'anorexie*. Paris : Fayard.
- Nevonen, L. et Broberg, A. G. (2005). A comparison of Sequenced Individual and Group Psychotherapy for Eating Disorder Not Otherwise Specified. *European Eating Disorders Review*, Vol. 13, pp. 29-37.

- Norring, C. et Palmer, B. (2005). *EDNOS. Eating Disorders Not Otherwise Specified. Scientific and Clinical Perspectives on the Other Eating Disorders*. New York : Routledge.
- Onnis, L., Giannuzzi, M. et Romano, C. (2007). Un vide à combler : Anorexie et boulimie dans une perspective transgénérationnelle. *Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux*, Vol. 38, pp. 135-157.
- Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Classification Internationale des Troubles mentaux et des Troubles de comportement* (CIM-10). Paris : Masson.
- Osborne, V. A., Sher, K. J. et Winograd, R. P. (2011). Disordered eating patterns and alcohol misuse in college students: evidence for "drunkorexia"? *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 52, p. 12.
- Parma, I. (2005). *Volata Via. Diario di un'anoressica*. Marina di Patti : Pungitopo.
- Perri, A. (2008). *Magre da morire*. Roma : Aliberti.
- Petitpas, J. et Jean, A. (2011). *Comprendre les troubles alimentaires. Manuel de l'intervenant*. Québec : LBL Editions.
- Platon (2007). *Le banquet*. Paris : Flammarion.
- Pomerleau, G. (2001). *Démystifier les maladies mentales, Anorexie et boulimie, Comprendre pour agir*. Québec : Gaëtan Morin Editeur.
- Pommereau, X. (2008). Troubles du comportement alimentaire: quelle place pour l'image du corps?. (pp. 23-25). In *La santé de l'homme*, n° 394. Saint-Denis Cedex : INPES.
- Recalcati, M. (2002). *Clinica del vuoto, Anoressie, dipendenze, psicosi*. Milano : Franco Angeli.
- Recalcati, M. (2007a). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano : Bruno Mondadori.
- Recalcati, M. (2007b). *Elogio dell'inconscio, Dodici argomenti in difesa della psicoanalisi*. Milano : Bruno Mondadori.
- Recalcati, M. (2010a). *L'uomo senza inconscio, Figure della nuova clinica psicoanalitica*. Varese : Raffaello Cortina Editore.
- Recalcati, M. (2010b). Séparation et refus : considérations sur le choix de l'anorexie. *Psychanalyse*, Vol. 18, pp. 5-17.
- Recalcati, M. (2011). *Elogio del fallimento, conversazioni su anoressie e disagio della giovinezza*. Trento: Erikson.
- Recalcati, M. (2012). *Ritratti del desiderio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Recalcati, M. (2013). *Il vuoto e il resto, Il problema del reale in Jaques Lacan*. Milano : Mimesis Edizioni.
- Recalcati, M. et Zuccardi Merli, U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Revaz, O. (2003). Le sexe du serpent. In C. Dominguez et R. Briones (Eds.), *Genero y religion*. Universidad de Granada.

- Rigaud, D. (2010). *Le mérycisme : un comportement de dépendance fréquent dans l'anorexie et la boulimie*. Consulté (le 24/04/2015) à <http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-392-le-merycisme-un-comportement-de-dependance-frequent-dans-l-anorexie-et-la-boulimie.htm>
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, Vol. 9, pp. 429-448.
- Sassaroli, S., Romero Lauro, L. J., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. et Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 46, pp. 757-765.
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J., ... Yi, I. (2008). Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost?. *International journal of eating disorders*, Vol. 41, pp. 498-504.
- Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E. et Young, L. (1998). Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *International Journal of Obesity*, Vol. 20, pp. 1-6.
- Terminio, N. (2013). *Incontrare le generazioni, anoressia-bulimia e trattamento della famiglia*. Trapani : Di Girolamo.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. et Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting Beauty. Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington : American Psychological Association.
- Vust, S., Narring, F. et Michel, L. (2004). Adolescentes présentant des troubles des conduites alimentaires : une expérience de groupe thérapeutique. *Psychothérapies 2*, Vol. 24, pp. 93-100.
- Vust, S. (2005). Troubles alimentaires atypiques. Une interrogation sur le rapport à l'alimentation et ses enjeux à l'adolescence. *Psychoscope*, Vol 26, pp. 20-22.
- Vust, S. (2010). Obésité, troubles alimentaires et groupe de parole à l'adolescence [Obesity, eating disorders and the group approach for adolescents]. *Revue Médicale Suisse*, Vol. 6, pp. 1258-1260.
- Vust, S. (2012). *Ni anorexie ni boulimie : les troubles alimentaires atypiques. Quand l'alimentation pose problème...*. Chêne-Bourg : Editions Médecine & Hygiène.
- Vust, S. et Michaud, P.-A. (2008). Médecine de l'adolescence : troubles des conduites alimentaires atypiques [Adolescent medicine : eating disorders not otherwise specified (EDNOS)]. *Revue Médicale Suisse*, Vol 4, pp. 40-43.
- Williams, G. ; Williams, P. ; Desmarais, J. et Ravenscroft, K. (2004). *Exploring eating disorders in adolescents. The generosity of acceptance* (Vol II). London : Karnac.
- Winnicott, D. W. (1958). *La capacité d'être seul*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Winnicott, D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma : Armando.
- Winnicott, D.W. (1978). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : petite bibliothèque Payot.
- Winnicott, D. W. (1996). *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

- Winnicott, D.W. (2010). Appétit et troubles émotionnels. *Presses Universitaires de France*, Vol. 74, pp. 89-109.
- Zamora, M. L. C., Bonaechea, B. B., Garcia Sanchez, F. et Rios Rial, B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 33, pp. 66-68.

FILMOGRAPHIE

- Massimo Recalcati. (2013) Patria senza padri. PSYCHIATRY ON LINE ITALIA. Consulté (le 28/01/2015) à https://www.youtube.com/watch?v=DkVxm9kN_W4
- Massimo Recalcati e Marino Niola a Pensare il Cibo (2014). Consulté (le 28/01/2015) à <https://www.youtube.com/watch?v=yZ7qkQeCJk0>
- Massimo Recalcati. (2011) Attraverso lo specchio - Disturbi del comportamento alimentare nell'età adolescenziale - pt 4.a. / pt 4.b. / pt 4.c. Consulté (le 08/12/2014) à <https://www.youtube.com/watch?v=vu1zysDVego> ;
<https://www.youtube.com/watch?v=TwOKo4NSLKA> ;
https://www.youtube.com/watch?v=q_G5NEOK3eM
- Anorexie-boulimie: l'enfer est dans l'assiette. Emission du 30 Mars 2011. Consulté (le 20/02/2015) à <http://www.rts.ch/emissions/36-9/3049551-anorexie-boulimie-l-enfer-est-dans-l-assiette.html>
- L'Engrenage de l'anorexie, réalisé par Tara Miele, diffusé en 2014 sur TF1. Consulté (le 20/02/2015) à <https://www.youtube.com/watch?v=j7rSDIAd9hl>

ANNEXES

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Le DSM-IV-TR

■ Critères diagnostiques de F50.0 [307.1] L'Anorexie mentale (Anorexia nervosa)

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % (lu poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes.)

Spécifier le type :

Type restrictif (« Restricting type ») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (« Binge-eating/purging type ») : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

■ Critères diagnostiques de F50.2 1307.511 La Boulimie (Bulimia nervosa)

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« binge eating »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

(suite)

❑ **Critères diagnostiques de F50.2 [307.511**

La Boulimie (Bulimia nervosa) (suite)

- (1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
 - (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange)
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'Anorexie mentale (Anorexia nervosa).

Spécifier le type :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs (« Purging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs (« Nonpurging type ») : pendant l'épisode actuel de Boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

F50.x [307.50] Trouble des conduites alimentaires non spécifié

Les Troubles des conduites alimentaires non spécifiés sont une catégorie destinée aux troubles qui ne remplissent pas les critères d'un Trouble (les conduites alimentaires spécifique. En voici quelques exemples :

1. F50.1 Chez une femme, tous les critères de l'Anorexie mentale sont présents, si ce n'est qu'elle a des règles régulières.
2. F50.1 Tous les critères de l'Anorexie mentale sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids actuel du sujet reste dans les limites de la normale.
3. F50.3 Tous les critères de la Boulimie sont présents, si ce n'est que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence inférieure à deux fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.
4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez un individu de poids normal (p. ex., vomissement provoqué après absorption de deux petits gâteaux).
5. Le sujet mâche et recrache, sans les avaler, de grandes quantités de nourriture.
6. F50.4 Hyperphagie boulimique (« *Binge-eating disorder* ») : Il existe des épisodes récurrents de crises de boulimie, en l'absence d'un recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la Boulimie (voir p. 905 les Critères proposés pour la recherche, Annexe B).

Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)

F50 Troubles de l'alimentation

A l'exclusion de : alimentation:

- difficultés et inadapation de (R63.3)
- troubles du nourrisson et de l'enfant (F98.2)
- anorexie SAI (R63.0)
- polyphagie (R63.2)

F50.0 Anorexie mentale

Note : Trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite et maintenue par le patient. Il survient habituellement chez une adolescente ou une jeune femme, mais il peut également survenir chez un adolescent ou un jeune homme, tout comme chez un enfant proche de la puberté ou une femme plus âgée jusqu'à la ménopause. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique qui consiste en l'intrusion persistante d'une idée surinvestie : la peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les sujets s'imposent à eux-mêmes un poids faible. Il existe habituellement une dénutrition de gravité variable s'accompagnant de modifications endocriniennes et métaboliques secondaires et de perturbations des fonctions physiologiques. Les symptômes comprennent une restriction des choix alimentaires, une pratique excessive d'exercices physiques, des vomissements provoqués et l'utilisation de laxatifs, de coupe-faim et de diurétiques.

A l'exclusion de : perte de l'appétit (R63.0):

- psychogène (F50.8)

F50.1 Anorexie mentale atypique

Note : Troubles qui comportent certaines caractéristiques de l'anorexie mentale, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : l'un des symptômes-clés, telle une anémorhée ou une peur importante de grossir, peut manquer alors qu'il existe une perte de poids nette et un comportement visant à réduire le poids. On ne doit pas faire ce diagnostic quand un trouble physique connu pour entraîner une perte de poids est associé.

F50.2 Boulimie (bulimia nervosa)

Note : Syndrome caractérisé par des accès répétés d'hyperphagie et une préoccupation excessive du contrôle du poids corporel, conduisant à une alternance d'hyperphagie et de vomissements ou d'utilisation de laxatifs. Ce trouble comporte de nombreuses caractéristiques de l'anorexie mentale, par exemple une préoccupation excessive par les formes corporelles et le poids. Les vomissements répétés peuvent provoquer des perturbations électrolytiques et des complications physiques. Dans les antécédents, on retrouve souvent, mais pas toujours, un épisode d'anorexie mentale, survenu de quelques mois à plusieurs années plus tôt.

Comprend : Boulimie SAI
Hyperorexia nervosa

F50.3 Boulimie atypique

Note : Troubles qui comportent certaines caractéristiques de la boulimie, mais dont le tableau clinique global ne justifie pas ce diagnostic. Exemple : accès hyperphagiques récurrents et utilisation excessive de laxatifs sans changement significatif de poids, ou sans préoccupation excessive des formes ou du poids corporels.

F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques

Note : Hyperphagie due à des événements stressants, tels que deuil, accident, accouchement, etc.

Comprend : Hyperphagie psychogène

A l'exclusion de : obésité (E66.-)

- F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques**
Note : Vomissements répétés survenant au cours d'un trouble dissociatif (F45.2) et d'un trouble hypochondriaque (F45.2), et qui ne sont pas exclusivement imputables à l'une des affections classées en dehors de ce chapitre. Ce code peut également être utilisé en complément du code O21.- (vomissements incoercibles au cours de la grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse.
Comprend : Vomissements psychogènes
A l'exclusion de : nausée (R11)
vomissements SAI (R11)
- F50.8 Autres troubles de l'alimentation**
Comprend : Perte d'appétit psychogène
Pica de l'adulte
A l'exclusion de : pica du nourrisson et de l'enfant (F98.3)
- F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision**